



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

# **Dor lombar crónica numa unidade de cuidados de saúde primários**

**Mafalda Martins Baptista**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Doutor Vítor Manuel Santos  
Coorientador: Prof. Doutor Dário Jorge Conceição Ferreira

**Covilhã, maio de 2015**



## Dedicatória

*Aos meus pais e à minha irmã.*

*Aos meus avós.*



## Agradecimentos

Ao Doutor Vítor Santos, por acreditar na ideia e fazer parte dela.

Ao Professor Dário Ferreira, pela disponibilidade, apoio e incentivo.

Ao Doutor Fernando Raposo, Doutora Maria do Carmo e aos colegas de curso e do internato médico, que contribuíram para a aplicação dos questionários.

A todos os participantes, que dispensaram um pouco do seu tempo e permitiram que este trabalho se realizasse.

A todos os meus amigos, nascidos na Covilhã ou que cá vieram parar por amor à Medicina, que continuem sempre a amparar a minha caminhada.

Aos meus pais, à minha irmã e à minha família, por tudo.



## Resumo

**Introdução:** A dor lombar crónica é um problema comum e tem um impacto elevado na vida das pessoas afetadas, com repercussões a nível físico, psicológico, social e económico. O estudo *Global Burden of Disease* de 2010 revelou que é a principal causa de incapacidade a nível mundial e em Portugal. A dor lombar afeta pessoas de todas as idades e classes socioeconómicas, pelo que deve ser considerada um problema de saúde pública.

**Objetivos:** Conhecer as características e impacto da dor lombar crónica nos utentes do Centro de Saúde da Covilhã. Avaliar a intensidade da dor, a incapacidade funcional e a gravidade de depressão. Estudar as relações entre estas variáveis.

**Material e métodos:** Estudo observacional, descritivo e transversal que incidiu sobre os utentes do Centro de Saúde da Covilhã, com idade igual ou superior a 18 anos. Foi utilizada uma amostra não aleatória de utentes consecutivos que recorreram à consulta com queixa de dor lombar crónica, entre junho e dezembro de 2014. Os dados foram recolhidos através de questionário constituído por 4 partes: caracterização sociodemográfica; caracterização da dor lombar (duração, frequência, intensidade, absentismo laboral, medicação analgésica e problemas associadas); Índice de incapacidade de Oswestry (ODI) 2.1a; Questionário sobre a saúde do paciente-9 (PHQ-9) para depressão.

**Resultados:** Participaram no estudo 21 pessoas de ambos os sexos, com idade média de 57,48 anos. A intensidade média da dor foi 6,13, com mais de metade dos doentes a referirem dor lombar intensa que ocorre diariamente, muitos deles há pelo menos 4 anos. A média do ODI foi 30,87% (incapacidade moderada) e do PHQ-9 foi 8,57 pontos (depressão leve), mas mais de 40% dos indivíduos tiveram um *score* sugestivo de depressão clinicamente significativa. A intensidade da dor e a incapacidade apresentaram uma correlação linear positiva significativa com a gravidade de depressão. Todas estas variáveis apresentaram *scores* mais elevados nos indivíduos com outros problemas associados à dor lombar (por exemplo, hérnia discal ou osteoporose).

**Discussão:** A dor lombar crónica associou-se a incapacidade funcional e depressão. Esta última revelou ser um fator determinante na intensidade da dor e no nível de incapacidade. Estes dados são consistentes com outros estudos realizados na área. Por esta razão, a dor lombar crónica deve ser entendida como um problema biopsicossocial, destacando-se a importância da avaliação dos fatores psicológicos e sociais na abordagem do doente.

## Palavras-chave

Dor lombar crónica; Cuidados de saúde primários; Incapacidade; Depressão; Intensidade da dor.

## Abstract

**Introduction:** Chronic low back pain is a common problem with strong impact on the affected people, having implications on the physical, psychological, social and economic level. The ‘Global Burden of Disease Study 2010’ revealed that low back pain is the leading cause of disability both worldwide and in Portugal. This problem affects people of all ages and socio-economic groups, therefore it should be treated as a public health issue.

**Objectives:** To characterize chronic low back pain and its impact on the patients of the primary care clinic of Covilhã. To evaluate the intensity of pain, the functional disability and the depression severity in this patients. To study the relationships between these variables.

**Material and Methods:** Observational, descriptive, cross-sectional study. The target population comprised the patients of the primary care clinic of Covilhã aged above 18 years. It was used a non-random sample of consecutive patients that went to a consultation with complaint of chronic low back pain, between June and December, 2014. Data were collected with a questionnaire divided in four sections: socio-demographic characterization; low back pain characterization (duration, frequency, intensity, work absenteeism, pain medication and associated problems); Oswestry Disability Index (ODI) 2.1a; Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for depression.

**Results:** The study included 21 individuals of both sexes, with a mean age of 57,48 years. The average intensity of pain was 6,13. More than a half of the participants referred severe low back pain which occurs daily, many of them for at least 4 years. The mean score of ODI was 30,87% (moderate disability) and of PHQ-9 was 8,57 points (mild depression), but more than 40% of individuals had a PHQ-9 score suggestive of clinically significant depression. Both pain intensity and disability showed a positive linear correlation with the severity of depression. All of these variables showed higher scores in individuals with additional problems associated with low back pain (for instance, herniated disc or osteoporosis).

**Discussion:** This study showed that chronic low back pain and depression are related and that depression is a crucial factor in the intensity of pain and disability level. This finding is consistent with other studies in the field. Therefore, chronic low back pain should be understood as biopsychosocial problem, by including the evaluation of psychological and social factors in the patient management.

## Keywords

Low back pain; Primary care; Disability; Depression; Pain intensity.

# Índice

1. Introdução .....	1
1.1. Objetivos .....	2
1.1.1. Objetivos específicos .....	2
2. Materiais e métodos.....	3
2.1. Tipo de estudo e população .....	3
2.2. Amostra .....	3
2.2.1. Critérios de inclusão e exclusão .....	3
2.3. Questões éticas .....	3
2.4. Questionário .....	4
2.4.1. Caracterização sociodemográfica .....	4
2.4.2. Caracterização da dor lombar .....	4
2.4.3. Índice de incapacidade Oswestry (ODI) <sup>®</sup> 2.1a .....	5
2.4.4. Questionário sobre a saúde do paciente-9 (PHQ-9) .....	5
2.5. Análise estatística .....	6
2.5.1. Estatística descritiva .....	6
2.5.2. Estatística analítica .....	6
3. Resultados .....	7
3.1. Estatística descritiva .....	7
3.1.1. Características sociodemográficas .....	7
3.1.2. Características da dor lombar .....	7
3.1.3. Índice de incapacidade Oswestry (ODI) <sup>®</sup> 2.1a .....	9
3.1.4. Questionário sobre a saúde do paciente-9 (PHQ-9) .....	10
3.2. Estatística analítica .....	11
3.2.1. Influência das características sociodemográficas .....	11
3.2.2. Dor lombar crónica e Incapacidade .....	12
3.2.3. Dor lombar crónica e Depressão .....	14
3.2.4. Problemas associados à dor lombar crónica .....	17
3.2.5. Outras características da dor lombar .....	18
4. Discussão .....	19
4.1. Influência das características sociodemográficas .....	19
4.1.1. Idade .....	19
4.1.2. Género .....	20
4.2. Problemas associados à dor lombar crónica .....	20
4.3. Absentismo laboral .....	20
4.4. Interpretação e comparação dos resultados das escalas .....	21
4.4.1. Intensidade da dor lombar (END) .....	21
4.4.2. Incapacidade (ODI) .....	22
4.4.3. Depressão (PHQ-9) .....	22
4.5. Associação entre intensidade, incapacidade e depressão .....	23
4.5.1. Intensidade da dor lombar e incapacidade .....	23
4.5.2. Dor lombar e depressão .....	23
4.6. Dor lombar como problema biopsicossocial .....	24
4.7. Limitações e pontos fortes do estudo .....	25
4.8. Sugestões de investigação .....	26
5. Conclusões .....	27
6. Bibliografia .....	29
Anexos .....	33
Anexo 1 - Parecer da Comissão de Ética da FCS .....	33
Anexo 2 - Autorização da Direção do Centro de Saúde da Covilhã .....	35
Anexo 3 - Consentimento Informado .....	36
Anexo 4 - Questionário .....	37
Anexo 5 - Autorização de utilização do ODI .....	42
Anexo 6 - Certificado de apresentação pública .....	43
Anexo 7 - Prémio “Catarina Bessa” de melhor comunicação oral - Investigação .....	44



## Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Intensidade da dor lombar: número de participantes por classe. ....	8
Gráfico 2 - Distribuição dos participantes por categorias de incapacidade do ODI 2.1a. ....	10
Gráfico 3 - Distribuição dos participantes por classes de gravidade de depressão do PHQ-9. .	11
Gráfico 4 - Média da intensidade da dor lombar no momento por grupo etário.....	12
Gráfico 5 - Média do <i>score</i> ODI de incapacidade para cada classe de intensidade da dor lombar no momento. ....	13
Gráfico 6 - Média da intensidade da dor lombar no momento por categorias de incapacidade. ....	14
Gráfico 7 - Intensidade média da dor lombar por classes de gravidade depressão. ....	15
Gráfico 8 - Média do <i>score</i> ODI de incapacidade por classes de gravidade depressão.....	15
Gráfico 9 - Duração média da dor lombar para cada classe frequência de dor.....	18



## Lista de Tabelas

Tabela 1 - Critérios de inclusão e exclusão. ....	3
Tabela 2 - Correspondência entre a escala numérica e a escala qualitativa de dor.....	4
Tabela 3 - Categorias de incapacidade do ODI. ....	5
Tabela 4 - Classes de gravidade de depressão do PHQ-9. ....	6
Tabela 5 - Características sociodemográficas da amostra (N=21): frequências absolutas e relativas. ....	7
Tabela 6 - Frequência da dor: frequências absolutas e relativas. ....	7
Tabela 7 - Duração e intensidade da dor lombar: média, desvio padrão, mínimo e máximo. ...	8
Tabela 8 - Absentismo laboral, medicação e problemas associados: frequências absolutas e relativas. ....	9
Tabela 9 - Índice de Incapacidade de Oswestry (ODI) 2.1a: média e desvio padrão.....	9
Tabela 10 - Questionário sobre a saúde do paciente-9 (PHQ-9): média e desvio padrão; frequências absolutas e relativas de respostas positivas (pontuação 1 a 3). ....	10
Tabela 11 - Coeficientes de correlação (Cc) linear de Pearson com o <i>score</i> ODI de incapacidade e significância ( <i>p</i> ).....	13
Tabela 12 - Coeficientes de correlação (Cc) linear de Pearson com o <i>score</i> PHQ-9 de depressão e significância ( <i>p</i> ).....	14
Tabela 13 - Comparação de médias para os participantes com e sem critérios para Síndrome de depressão major. ....	16
Tabela 14 - Coeficientes de correlação (Cc) de Spearman com a presença de problemas associados à dor lombar e significância ( <i>p</i> ). ....	17
Tabela 15 - Comparação de médias para os participantes com e sem problemas associados à dor lombar. ....	17



## Lista de Acrónimos

AVC	Acidente Vascular Cerebral
CS	Centro de Saúde
DALYs	Disability Adjusted Life Years
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - IV
ECD	Exames Complementares de Diagnóstico
END	Escala numérica de dor
EUA	Estados Unidos da América
FCS	Faculdade de Ciências da Saúde
ODI	Oswestry Disability Index
PHQ	Patient Health Questionnaire
PHQ-9	Patient Health Questionnaire - 9 item depression module
PRIME-MD	Primary Care Evaluation of Mental Disorders
SDM	Síndrome de Depressão Major
SPSS	Statistical Package for Social Science



# 1. Introdução

A dor lombar crónica é muito comum e afeta pessoas de todas as idades e classes socioeconómicas em todo o mundo, pelo que deve ser considerada um problema de saúde pública.(1)

As definições de dor lombar variam, mas, pode ser definida anatomicamente como uma dor entre a margem costal e as pregas glúteas. Quando persiste por 3 meses ou mais é considerada crónica.(2) A dor lombar pode ter múltiplas causas, como infeção, traumatismo ou fratura, mas, na maioria dos casos, não está associada a uma patologia específica reconhecível.(2, 3) Apesar da história natural não estar completamente esclarecida, sabe-se que pode ocorrer de forma contínua ou recorrente, com níveis variáveis de intensidade ao longo do tempo.(1)

O seu impacto na vida das pessoas é elevado, com repercussões a nível físico, psicológico, social e económico. A dor lombar interfere com a qualidade de vida do doente e afeta o modo como desempenha as suas funções no trabalho, na família e na comunidade.(3) A nível económico também tem um peso importante, quer pelos custos diretos, com consultas e outros serviços de saúde, quer pelos custos indiretos, devido aos dias de trabalho perdidos e perdas de produtividade.(1)

Apesar dos múltiplos estudos sobre este tema, é difícil precisar a prevalência real da dor lombar. Isto deve-se à grande heterogeneidade metodológica, nomeadamente, quanto à definição utilizada ou período temporal avaliado.(2, 4) Os valores são muito variáveis, mas alguns estudos referem que a prevalência ao longo da vida (*lifetime prevalence*) pode chegar aos 84%.(2) Num estudo do Observatório Nacional de Saúde em Portugal a dor lombar foi a dor reportada com maior frequência (51% dos entrevistados).(5)

No estudo *Global Burden of Disease*<sup>1</sup> de 2010 a dor lombar foi a principal causa de incapacidade a nível mundial, à frente de outros 290 problemas. Em Portugal, foi a primeira no *ranking* de DALYs, com mais impacto do que o AVC, a doença cardíaca isquémica ou a diabetes *mellitus*.(6)

Também a depressão se encontra entre as entidades patológicas mais prevalentes e pode ocorrer de forma concomitante com a dor em 30 a 50% dos casos.(7) Estudos revelam que a prevalência de depressão é maior nos doentes com dor lombar do que nas pessoas

---

<sup>1</sup> O projeto *Global Burden of Disease* recolhe e analisa dados sobre mortalidade prematura e incapacidade desde 1990, em mais de 100 países, de modo a produzir estimativas para o impacto de várias doenças a nível mundial.

saudáveis.(8) Para além disso, este e outros fatores psicológicos estão associados a um risco aumentado de cronicidade da dor lombar e de incapacidade.(9)

A dor constitui um dos principais motivos de consulta nos cuidados de saúde primários e, por isso, este nível de cuidados tem um papel preponderante no seu acompanhamento.(10) Para orientar a abordagem da dor lombar crónica existem várias *guidelines* internacionais, nomeadamente, da *American Pain Society* e *American College of Physicians* e da Comissão Europeia no âmbito da *COST ACTION B13*.(2, 11)

A abordagem inicial dos doentes com dor lombar assenta na anamnese e exame físico. Os exames complementares de diagnóstico (ECD) ficam reservados para a presença de défices neurológicos ou outros sintomas de alarme.(11) Nesta fase é essencial analisar os fatores com potencial influência no prognóstico, como, por exemplo, as *yellow* e *red flags*.(2) As *red flags* permitem identificar causas potencialmente graves de dor lombar, como cancro ou infeção e indicam a necessidade de uma investigação mais alargada. As *yellow flags* sinalizam fatores de risco psicossociais para incapacidade a longo prazo, como depressão ou problemas ocupacionais, que podem constituir barreiras à recuperação.(2, 12, 13)

As recomendações internacionais para a investigação clínica sugerem que sejam estudadas as múltiplas dimensões da dor lombar, incluindo as alterações a nível funcional, ocupacional, psicológico e do bem-estar geral.(14)

## 1.1.Objetivos

Este estudo teve como objetivo principal conhecer as características e impacto da dor lombar crónica nos utentes do Centro de Saúde (CS) da Covilhã. Para caracterizar esse impacto, e de acordo com as recomendações, estudou-se a incapacidade funcional, o absentismo laboral e a presença de depressão.

### 1.1.1.Objetivos específicos

- Conhecer as características sociodemográficas dos doentes com dor lombar crónica.
- Caracterizar a dor lombar quanto a: intensidade, duração e frequência.
- Avaliar a presença de outras patologias músculo-esqueléticas em doentes com dor lombar crónica e estudar a sua relação com a intensidade da dor, a incapacidade e a gravidade de depressão.
  - Determinar o impacto laboral da dor lombar através do número de dias de trabalho perdidos.
  - Estimar a incapacidade para as atividades de vida diária provocada especificamente pela dor lombar.
  - Avaliar a presença e gravidade de depressão nos doentes com dor lombar crónica.
  - Estudar a relação entre a intensidade da dor, a incapacidade funcional e a depressão.

## 2. Materiais e métodos

### 2.1. Tipo de estudo e população

Foi realizado um estudo observacional, descritivo e transversal. A população alvo do estudo foram os utentes inscritos, e com médico de família, no CS Covilhã com idade igual ou superior a 18 anos, no ano de 2014.

### 2.2. Amostra

Foi utilizada uma amostra não aleatória, de conveniência, pela seleção de utentes consecutivos que recorreram à consulta do CS Covilhã com queixa de dor lombar crónica. Os participantes foram recrutados no momento da consulta pelo médico assistente ou pelo investigador. A recolha de dados decorreu entre junho e dezembro de 2014.

#### 2.2.1. Critérios de inclusão e exclusão

A seleção dos participantes foi feita de acordo com os critérios de inclusão e exclusão apresentados na Tabela 1. Foram excluídos os participantes com *red flags*, nomeadamente, doenças oncológicas, infeção e síndrome de cauda equina.(2)

Tabela 1 - Critérios de inclusão e exclusão.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO
– Uteses inscritos no Centro de Saúde da Covilhã em 2014
– Com idade igual ou superior a <b>18 anos</b>
– Em consulta no CS Covilhã
– Com queixa de <b>dor lombar</b> (dor entre a margem costal e as pregas glúteas)
– Com duração igual ou superior a 3 meses (dor lombar <b>crónica</b> )
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
– Analfabetismo ou incapacidade de compreender/preencher o questionário
– Doença oncológica, infeção ou imunossupressão
– Síndrome da cauda equina
– Gravidez

### 2.3. Questões éticas

Este projeto foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde (Anexo 1) e a sua realização foi autorizada pela Direção do CS Covilhã (Anexo 2).

Após explicação dos objetivos do estudo e resposta às questões colocadas, todos os participantes assinaram o Consentimento Informado (Anexo 3). A participação no estudo foi voluntária e não houve nenhum tipo de pagamento ou compensação. Este estudo não implicou

riscos ou custos adicionais para o participante, nem foram realizados exames ou tratamentos para além daqueles que seriam normalmente efetuados no âmbito da consulta. Foi garantido o anonimato e confidencialidade dos dados e o direito de recusa de participação sem prejuízo para os cuidados prestados. Não houve qualquer tipo de financiamento ao estudo.

## 2.4. Questionário

Os dados foram recolhidos através de questionário em papel, a preencher pelo participante, se necessário com o apoio do médico ou investigador. O questionário (Anexo 4) foi aplicado apenas uma vez a cada participante, com uma duração estimada de 10 minutos. Está dividido em 4 partes:

### 2.4.1. Caracterização sociodemográfica

Incluindo idade, género, estado civil, profissão e situação laboral atual.

### 2.4.2. Caracterização da dor lombar

As questões foram selecionadas com base em estudos de revisão e metanálises com recomendações para a investigação clínica.(15)

A dor lombar foi caracterizada quanto à duração, frequência e intensidade. A duração da dor foi convertida em meses para o tratamento estatístico. Com base na definição ótima de dor lombar proposta pelo estudo DELPHI, a frequência da dor foi dividida nas seguintes três categorias: em alguns dias; na maioria dos dias; todos os dias.(16)

A intensidade da dor foi avaliada através da Escala Numérica da Dor (END) de 0 a 10 pontos, em que 0 corresponde à ausência de dor e 10 à intensidade máxima imaginável. Estes valores podem ser convertidos numa Escala Qualitativa de Dor como apresentado na Tabela 2.(17) Para ter uma visão mais abrangente da intensidade da dor foram utilizadas três END referentes a: dor no momento; dor habitual nos últimos 3 meses; pior dor nos últimos 3 meses. Depois foi calculada a média das três END para cada participante para obter a Intensidade média da dor. Esta abordagem baseou-se na escala *Chronic Pain Grade* de Von Korff e em dois estudos no Reino Unido.(18-20)

Tabela 2 - Correspondência entre a escala numérica e a escala qualitativa de dor.

Escala Numérica	0	1-2	3-5	6-8	9-10
Escala Qualitativa	Sem dor	Ligeira	Moderada	Intensa	Máxima

Nesta parte do questionário foi também avaliado o absentismo laboral, a toma de medicação analgésica e a presença de problemas associados à dor lombar.

O absentismo laboral foi avaliado pelo número de dias de trabalho perdidos nos últimos 3 meses (ou de escola ou outra atividade diária de rotina), com base nas recomendações para a investigação em dor lombar.(14, 15) Uma questão semelhante também faz parte da escala *Chronic Pain Grade* de *Von Korff*.(18) Para a análise estatística os participantes foram classificados em duas categorias: nenhum dia de trabalho perdido; pelo menos 1 dia de trabalho perdido.

Os participantes foram questionados quanto à toma de medicação para alívio da dor, por exemplo, comprimidos, injeções, pomada, creme, gel. Quanto à presença de problemas associados, as opções de resposta incluíam: traumatismo da região lombar, fratura de vértebra lombar, hérnia discal lombar, cirurgia da coluna lombar, osteoporose e doença inflamatória (por exemplo: espondilite anquilosante). Os participantes foram seriados em dois grupos consoante a presença ou não de problemas associados.

### 2.4.3. Índice de incapacidade Oswestry (ODI)<sup>®</sup> 2.1a

Foi utilizado o ODI<sup>®</sup>, versão 2.1a, em Português de Portugal, com autorização da *MAPI Research Trust*<sup>®</sup> em nome do autor *Jeremy Fairbank* (Anexo 5).

O ODI permite avaliar a incapacidade funcional provocada especificamente pela dor lombar crónica. Inclui 10 secções referentes às diferentes situações da vida no dia-a-dia. Cada secção é pontuada através de uma escala de *Likert* diferente, de 0 a 5, com gravidade crescente. As perguntas são feitas em relação ao dia do preenchimento do questionário (“hoje”). É somada a pontuação de todas as secções e o *score* do ODI é calculado como uma percentagem do total de pontos possíveis (0-100%). Este *score* de incapacidade pode ser expresso em 5 categorias de gravidade crescente, como indicado na Tabela 3.(21, 22)

Tabela 3 - Categorias de incapacidade do ODI.

Score ODI	0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
Categorias de incapacidade	Mínima	Moderada	Grave	Aleijado	Inválido

### 2.4.4. Questionário sobre a saúde do paciente-9 (PHQ-9)

O *Patient Health Questionnaire* (PHQ), uma versão autoadministrada do *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME- MD), foi desenvolvido para facilitar o diagnóstico das doenças mentais nos cuidados de saúde primários. O PHQ-9 é um módulo de 9 perguntas para avaliar a depressão com base nos critérios do DSM-IV. Cada pergunta tem 4 opções de resposta e é feita em relação aos últimos 14 dias. Tem um duplo objetivo: fazer o diagnóstico e avaliar a gravidade de depressão.(23) O questionário e o manual de instruções foram obtidos *online* no site *PHQ Screeners*, não sendo necessária permissão para a sua utilização.(24)

Para avaliar a gravidade de depressão utiliza-se o *score* PHQ-9, obtido pela soma dos pontos de todas as questões. O *score* varia de 0 a 27 pontos, com gravidade crescente, e pode ser dividido em 5 classes de gravidade (Tabela 4).

Tabela 4 - Classes de gravidade de depressão do PHQ-9.

Score PHQ-9	0 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 27
Gravidade de Depressão	Nenhuma a mínima	Leve	Moderada	Moderadamente Grave	Grave

No final da escala há uma questão sobre a dificuldade que os problemas causaram no trabalho, cuidar da casa ou lidar com outras pessoas, com vista a revelar a impressão global do doente sobre o dano provocado pelos sintomas.

Aplicando o algoritmo diagnóstico do DSM-IV é possível avaliar a presença de síndromes depressivas, nomeadamente Síndrome de depressão major (SDM). No entanto, para confirmar a presença de Transtorno depressivo major é necessário que o médico exclua outras causas para os sintomas, como doenças físicas, drogas ou luto não patológico, e história de episódio maníaco.(24)

## 2.5. Análise estatística

Os dados recolhidos foram codificados e guardados numa base de dados em Excel. O tratamento estatístico dos dados foi executado em SPSS 21.0 para Windows.

### 2.5.1. Estatística descritiva

Para as variáveis numéricas foram determinadas as medidas de tendência central (média) e dispersão (desvio padrão, mínimo e máximo). Para as variáveis nominais e ordinais foram determinadas as frequências absolutas e relativas.

### 2.5.2. Estatística analítica

Para estudar a relação entre as variáveis foi feita uma análise de correlação. Para as variáveis numéricas, usou-se o Coeficiente de correlação (Cc) linear de Pearson e para as restantes o Coeficiente de Spearman.

Foi realizada a análise de variâncias ANOVA, com comparações múltiplas pelo Teste de Scheffé, para estudar a diferença de médias entre as classes das variáveis categóricas. Para comparar as variáveis nominais duas a duas foram realizadas as tabelas de cruzamento e os testes do Qui-quadrado e de Fisher.

Por último, foi realizada a análise de regressão linear e logística múltipla, mas, na maioria dos casos, os pressupostos não foram cumpridos pelo que não são apresentados os dados. Em todos os testes foi considerado um nível de significância de 5%.

## 3. Resultados

### 3.1. Estatística descritiva

#### 3.1.1. Características sociodemográficas

As características da amostra são apresentadas na Tabela 5. Participaram no estudo 21 pessoas de ambos os sexos (10 mulheres e 11 homens). A idade média amostral foi 57,48 anos ( $\pm 15,05$ ), com um mínimo de 26 anos e máximo de 78 anos. Mais de metade (57,1%) dos participantes tinha idade igual ou superior a 60 anos. Quanto às características sociais, a maioria (71,4%) dos participantes era casado e 47,6% estava reformado.

Tabela 5 - Características sociodemográficas da amostra (N=21): frequências absolutas e relativas.

Variável	Categoria	FA (n)	FR (%)
Género	Feminino	10	47,6
	Masculino	11	52,4
Idade	20-29 anos	2	9,5
	30-39 anos	1	4,8
	40-49 anos	4	19,0
	50-59 anos	2	9,5
	60-69 anos	7	33,3
	70 anos ou mais	5	23,8
	Estado civil	Solteiro	3
Casado		15	71,4
Divorciado		2	9,5
Viúvo		1	4,8
Situação laboral atual	Trabalhador ativo	7	33,3
	Desempregado	2	9,5
	Reformado	10	47,6
	Baixa médica	1	4,8
	Outra	1	4,8

#### 3.1.2. Características da dor lombar

A dor lombar crónica foi caracterizada quanto à duração, frequência e intensidade (Tabela 6 e Tabela 7).

Quanto à frequência da dor, 52,4% dos participantes referiram dor todos os dias dos últimos 3 meses (Tabela 6).

Tabela 6 - Frequência da dor: frequências absolutas e relativas.

Variável	Categoria	FA (n)	FR (%)
Frequência	Em alguns dias	4	19,0
	Na maioria dos dias	6	28,6
	Todos os dias	11	52,4

A duração média da dor lombar foi cerca de 6 anos e 2 meses, mas os resultados foram muito variáveis, com um mínimo de 4 meses e um máximo de 46 anos (Tabela 7). No entanto, quase metade (47,6%) dos participantes referiu dor há 4 anos ou mais.

Tabela 7 - Duração e intensidade da dor lombar: média, desvio padrão, mínimo e máximo.

Variável		Média ( $\pm$ desvio padrão)	Mínimo	Máximo
Duração (meses)		74,33 ( $\pm$ 123,20)	4	552
Intensidade da dor (END)	No momento	4,76 ( $\pm$ 2,77)	0	9
	Habitual	5,67 ( $\pm$ 1,62)	3	10
	Pior	7,95 ( $\pm$ 1,86)	3	10
	Média das 3 escalas	6,13 ( $\pm$ 1,65)	2	8,67

A intensidade da dor lombar foi medida através de três END e foi calculada a média. No conjunto, estas medições mostraram uma consistência interna elevada com um coeficiente de fiabilidade interna ( $\alpha$  de Cronbach) de 0,826. A partir dos dados da Tabela 7 pode apurar-se que, em média, a intensidade da dor no momento foi moderada ( $4,76\pm 2,77$ ), enquanto a intensidade média da dor foi intensa ( $6,13\pm 1,65$ ).

No Gráfico 1 está representada a distribuição dos participantes por classes de intensidade da dor. Quanto à intensidade habitual da dor nos últimos 3 meses, quase todos (95,2%) os participantes referiram dor moderada a intensa (de 3 a 8 pontos). Do mesmo modo, 90,5% dos participantes referiram que a sua pior dor atingiu as classes 'intensa' a 'máxima' ( $\geq 6$  pontos).

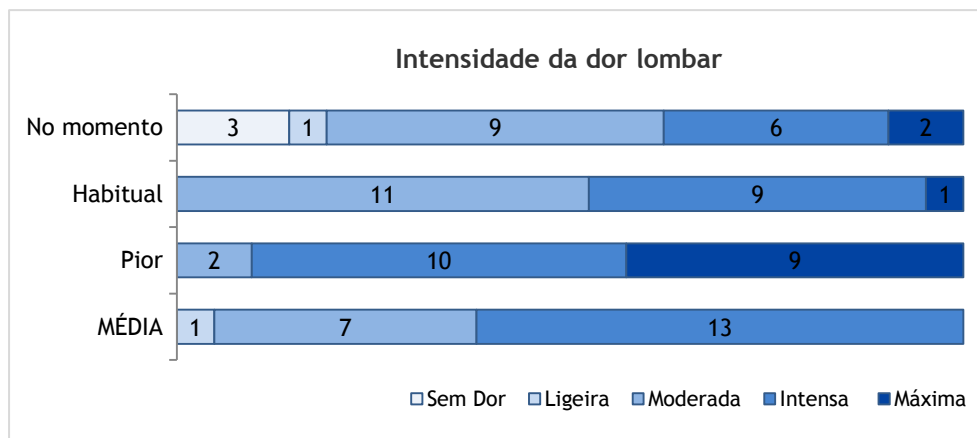


Gráfico 1 - Intensidade da dor lombar: número de participantes por classe.

Foram pesquisadas outras informações relativas ao absentismo laboral, toma de medicação para alívio da dor e presença de outros problemas associados à dor (Tabela 8).

A maioria (78,9%) dos participantes não perdeu nenhum dia de trabalho devido à dor lombar nos últimos 3 meses (Tabela 8). A média de dias de trabalho perdidos foi 3,79 dias ( $\pm 11,03$ ), com um máximo de 45 dias.

Tabela 8 - Absentismo laboral, medicação e problemas associados: frequências absolutas e relativas.

Variável	Categoria	FA (n)	FR (%)	% Válida
Dias de trabalho perdidos	Nenhum	15	71,4	78,9
	Pelo menos 1	4	19,0	21,1
	Não respondeu	2	9,5	-
Medicação para alívio da dor	Não	2	9,5	15,4
	Sim	11	52,4	84,6
	Não respondeu	8	38,1	-
Problemas associados	Não respondeu	3	14,3	-
	Não	8	38,1	44,4
	Sim	10	47,6	55,6
	Hérnia discal lombar	4	40	-
	Osteoporose	3	30	-
	Doença inflamatória	2	20	-
	Traumatismo lombar	1	10	-

De entre as respostas válidas, 84,6% referiram fazer alguma medicação para alívio da dor lombar (Tabela 8). Quanto à presença de outros problemas associados à dor lombar, 44,4% dos participantes que responderam negaram ter algum dos problemas descritos (Tabela 8). A patologia mais frequente foi a hérnia discal lombar (40%).

### 3.1.3. Índice de incapacidade Oswestry (ODI)<sup>®</sup> 2.1a

Na amostra em estudo, o questionário ODI de incapacidade mostrou uma consistência interna elevada com um  $\alpha$  de Cronbach de 0,888. O valor médio do *score* ODI foi 30,87% ( $\pm 17,43\%$ ), o que corresponde a Incapacidade Moderada (Tabela 9). Os resultados variaram entre o mínimo de 6% e o máximo de 64% de incapacidade.

Tabela 9 - Índice de Incapacidade de Oswestry (ODI) 2.1a: média e desvio padrão.

Variável	Média	Desvio padrão
Secção 1 - Intensidade da dor	1,52	1,21
Secção 2 - Cuidados pessoais	1,00	1,14
Secção 3 - Levantar objetos	2,29	1,23
Secção 4 - Andar	0,81	0,93
Secção 5 - Estar sentado	2,05	1,07
Secção 6 - Estar em pé	1,95	1,24
Secção 7 - Dormir	1,38	1,07
Secção 8 - Vida sexual	1,42	1,57
Secção 9 - Vida social	1,43	1,36
Secção 10 - Viajar	1,62	1,47
Total de pontos	15,33	8,74
<b>Score ODI (%)</b>	<b>30,87</b>	<b>17,43</b>

Na Tabela 9 verifica-se que a média das respostas foi mais elevada nas secções 3, 5 e 6. Na secção 3 todos os participantes referiram, pelo menos, um aumento da dor ao levantar objetos pesados. Na secção 5, 76,1% dos participantes referiram que a dor os impede de estar sentados por períodos longos (mais de 1 hora, meia hora ou 10 minutos). Na secção 6, 33,3% dos participantes referiram que estar em pé causa mais dor, enquanto 57,1% referiram que a dor os impede de estar em pé por períodos longos.

Dois terços dos participantes apresentaram incapacidade mínima a moderada (Gráfico 2). Nenhum participante foi classificado na categoria ‘inválido’ ( $score > 80\%$ ), uma vez que o questionário foi aplicado em consulta presencial no centro de saúde e esta categoria normalmente refere-se a pacientes restritos ao leito.

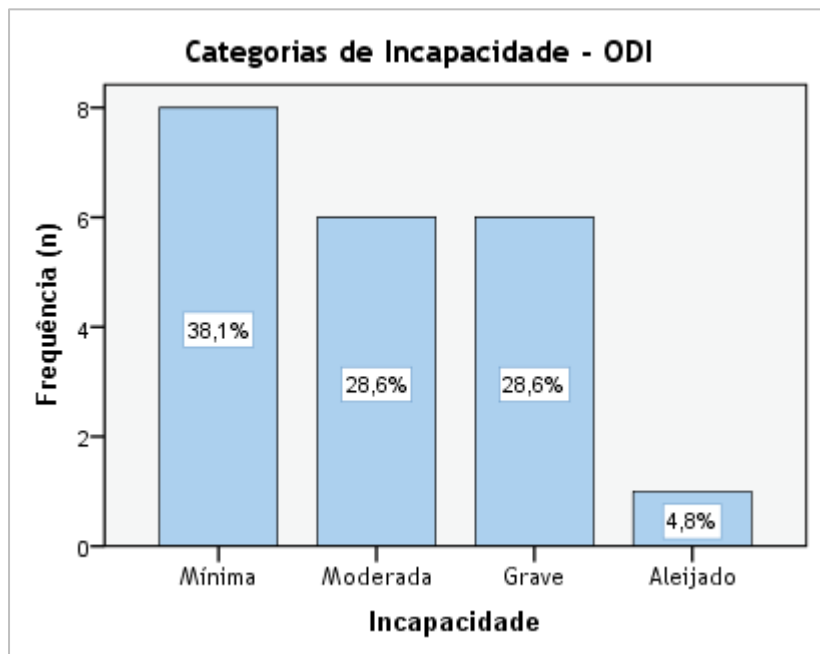


Gráfico 2 - Distribuição dos participantes por categorias de incapacidade do ODI 2.1a.

### 3.1.4. Questionário sobre a saúde do paciente-9 (PHQ-9)

Na amostra em estudo, o questionário PHQ-9 mostrou uma consistência interna elevada com um  $\alpha$  de Cronbach de 0,905.

O valor médio do  $score$  PHQ-9 de depressão foi 8,57 pontos ( $\pm 7,38$ ), ou seja, depressão leve (Tabela 10). Os resultados do PHQ-9 variaram entre o mínimo de 0 e o máximo de 24 pontos.

Tabela 10 - Questionário sobre a saúde do paciente-9 (PHQ-9): média e desvio padrão; frequências absolutas e relativas de respostas positivas (pontuação 1 a 3).

Variável	Média	Desvio padrão	FA (n)	FR (%)
Questão 1	1,33	1,11	15	71,4
Questão 2	1,10	1,22	11	52,4
Questão 3	1,57	1,16	16	76,2
Questão 4	1,48	1,21	15	71,4
Questão 5	0,62	1,02	6	28,6
Questão 6	0,48	1,08	4	19
Questão 7	0,71	0,96	10	47,6
Questão 8	0,95	1,07	11	52,4
Questão 9	0,33	0,91	3	14,3
Dificuldade (N=18)	1,28	0,575	17	94,4
<b>Score PHQ-9 de depressão</b>	<b>8,57</b>	<b>7,38</b>	-	-

As questões com média mais elevada foram a 3 e 4, com a maioria (>70%) das pessoas a revelar alterações do sono e falta de energia (Tabela 10). Na questão 1, 71,4% das pessoas referiram ter pouco interesse ou prazer em fazer coisas (Tabela 10).

No final do questionário, 94,4% referiram que os problemas indicados dificultaram o seu trabalho, o cuidar da casa ou o lidar com outras pessoas (Tabela 10). 33,3% disseram que estes problemas dificultaram muito essas tarefas.

A distribuição por classes de gravidade de depressão está apresentada no Gráfico 3. Mais de metade dos participantes (57,1%) foi classificada nas classes de depressão ‘nenhuma a mínima’ e ‘leve’, 3 deles com um *score* de 0 pontos. 43% dos participantes tiveram  $\geq 10$  pontos, ou seja, depressão moderada a grave, e 19% tiveram  $\geq 15$  pontos.

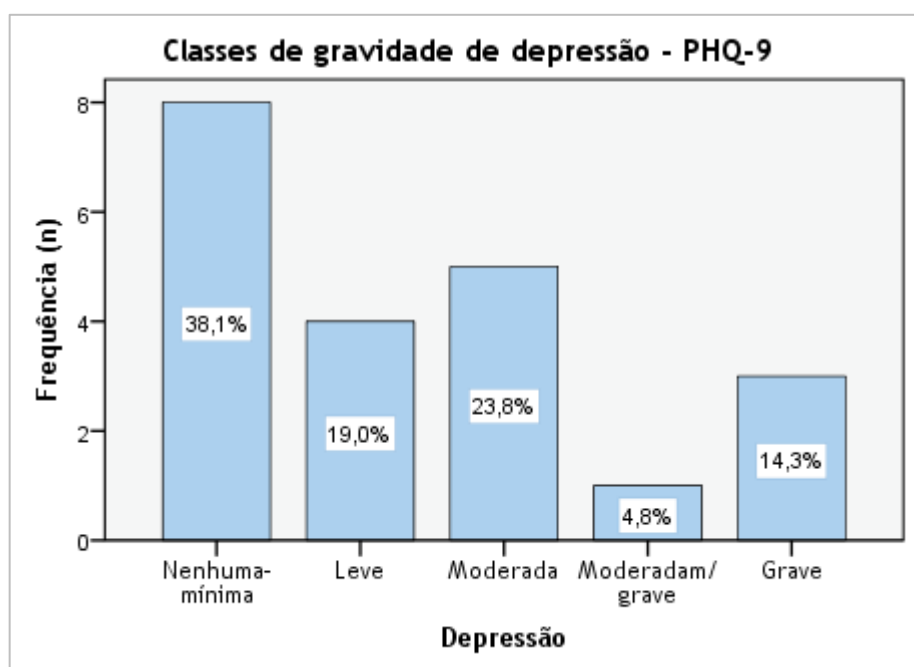


Gráfico 3 - Distribuição dos participantes por classes de gravidade de depressão do PHQ-9.

De acordo com o algoritmo diagnóstico, 6 participantes cumpriram os critérios para Síndrome de depressão major.

## 3.2. Estatística analítica

A partir dos dados recolhidos, foi investigada a presença de relações significativas entre as variáveis. Apresentam-se em seguida os resultados mais relevantes da análise estatística.

### 3.2.1. Influência das características sociodemográficas

As características sociodemográficas (idade, género, estado civil e situação laboral atual) não se correlacionaram de forma significativa com nenhuma das variáveis estudadas.

### Idade

Relativamente à intensidade da dor lombar no momento, não se verificou uma correlação linear com a idade e a diferença entre grupos etários não foi estatisticamente significativa. No entanto, como se observa no Gráfico 4, verificou-se um padrão característico de variação. A média da intensidade da dor aumentou até aos 50-59 anos (6,5 pontos), mas a partir dos 60 anos voltou a diminuir.

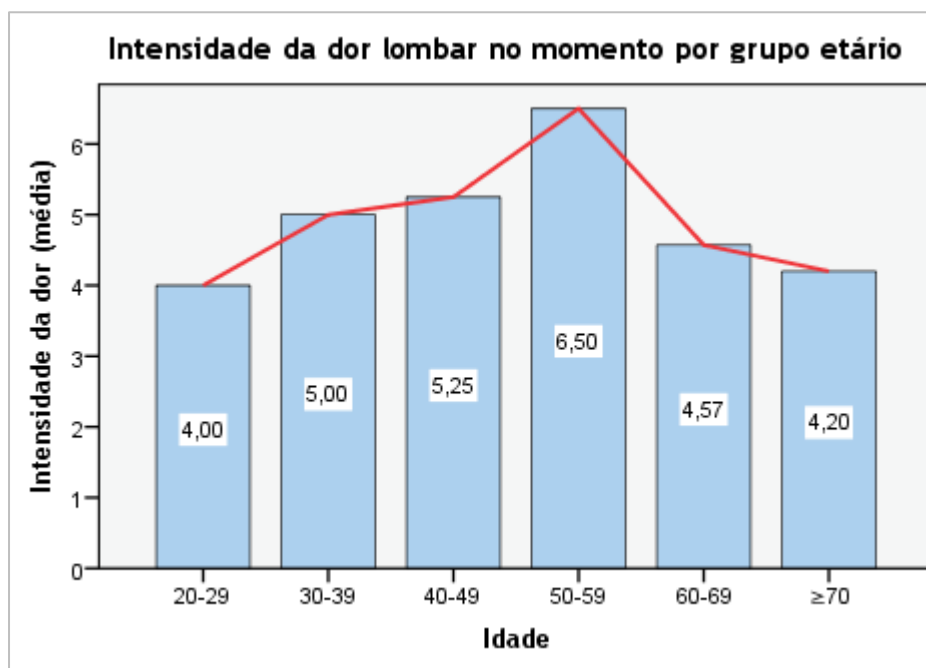


Gráfico 4 - Média da intensidade da dor lombar no momento por grupo etário.

### Género

Nesta amostra, as mulheres apresentaram, em média, dor lombar mais intensa e mais prolongada e um *score* PHQ-9 de depressão mais elevado do que os homens. A percentagem de pessoas com problemas associados à dor lombar também foi mais elevada no género feminino. Contudo, nenhuma destas diferenças entre os dois géneros foi estatisticamente significativa (dados não apresentados).

### **3.2.2. Dor lombar crónica e Incapacidade**

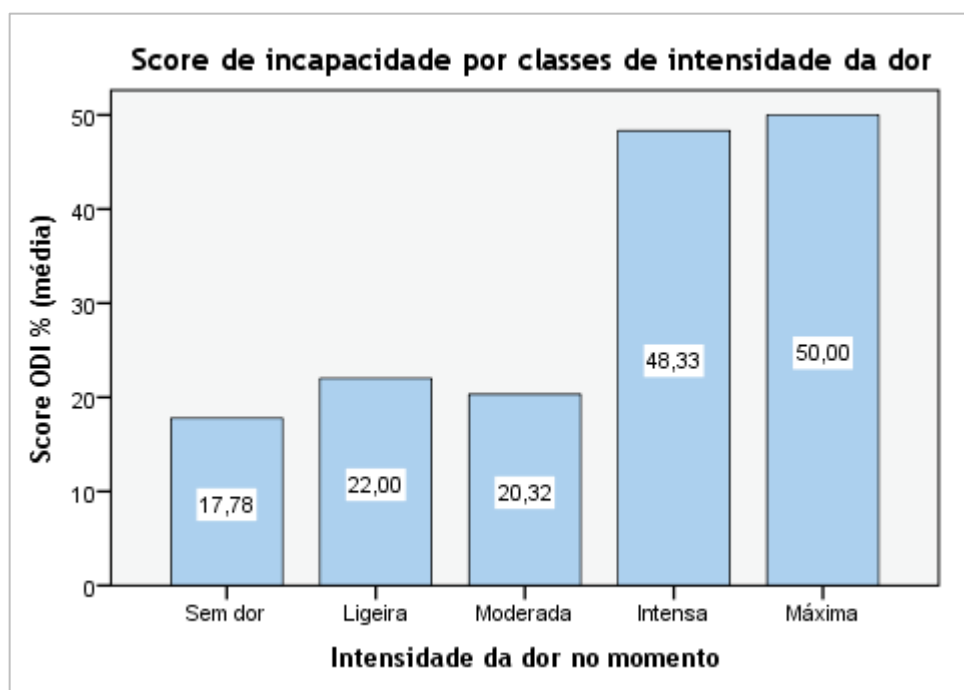
Como referido anteriormente, os resultados do Índice de incapacidade de Oswestry (ODI) podem ser avaliados pelo *score* ODI, de 0 a 100%, ou por categorias de incapacidade.

O *score* ODI de incapacidade apresentou uma correlação linear positiva forte e altamente significativa com a Intensidade da dor lombar no momento, e mais moderada com a Intensidade média da dor lombar (Tabela 11). Ou seja, dor lombar mais intensa associou-se a incapacidade mais grave, e vice-versa.

Tabela 11 - Coeficientes de correlação (Cc) linear de Pearson com o *score* ODI de incapacidade e significância (*p*).

	Intensidade da dor no momento	Intensidade média da dor
<b>Cc Pearson</b>	0,730	0,667
<b><i>p</i></b>	0,000	0,001

Como se pode observar no Gráfico 5, a média do *score* ODI foi maior quando a intensidade da dor foi máxima ( $50 \pm 2,83\%$ ) e menor nas pessoas sem dor ( $17,78 \pm 14,05\%$ ). Realizou-se uma análise de variâncias ANOVA que demonstrou uma diferença muito significativa ( $p=0,001$ ) da média do *score* ODI entre as classes de intensidade de dor. Para localizar as diferenças foram feitas comparações múltiplas pelo Teste de Scheffé. Como só havia uma observação na classe 'dor ligeira', foi necessário removê-la para aplicar este teste. Com esta análise verificou-se que a diferença se encontra entre as primeiras classes ('sem dor' e 'moderada') e o 2º par (dor 'intensa' e 'máxima').

Gráfico 5 - Média do *score* ODI de incapacidade para cada classe de intensidade da dor lombar no momento.

Fazendo a análise inversa, ou seja, a intensidade da dor por categorias de incapacidade, verificou-se que a média da intensidade da dor foi mais elevada nos participantes com incapacidade grave (Gráfico 6). Através do teste F da ANOVA, confirmou-se que a diferença entre as médias foi significativa ( $p=0,002$ ). Foi removida a observação para a categoria 'aleijado' para aplicar o Teste de Scheffé. Com esta análise encontrou-se uma diferença significativa entre o 1º par (incapacidade 'mínima' e 'moderada') e a categoria de incapacidade 'grave'.

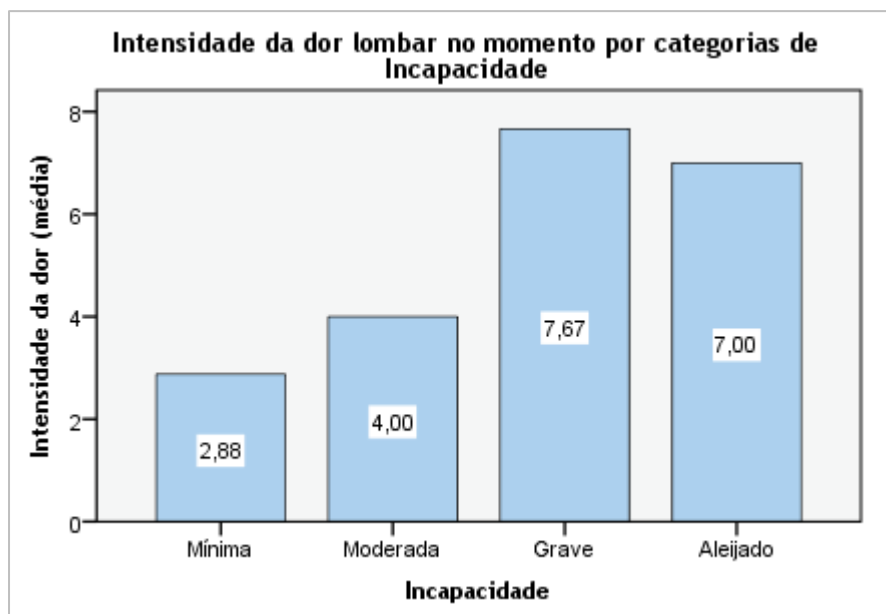


Gráfico 6 - Média da intensidade da dor lombar no momento por categorias de incapacidade.

Esta análise permitiu concluir que a intensidade da dor e a incapacidade funcional aumentaram em simultâneo. Ou seja, uma pessoa com dor mais intensa irá ter mais incapacidade para as atividades de vida diária, e uma pessoa com nível mais elevado de incapacidade deverá ter mais dor.

### 3.2.3. Dor lombar crónica e Depressão

Como foi previamente referido, a escala PHQ-9 de depressão pode ser estudada de várias formas: pelo *score* PHQ-9 de 0 a 27 pontos, por classes de gravidade de depressão ou pela verificação dos critérios de diagnóstico de Síndrome de depressão major.

O *score* PHQ-9 apresentou uma correlação linear positiva moderada com a Intensidade da dor lombar (média e no momento) e com o *score* ODI de incapacidade (Tabela 12). Ou seja, depressão mais grave associou-se a dor lombar mais intensa e maior incapacidade funcional, e vice-versa.

Tabela 12 - Coeficientes de correlação (Cc) linear de Pearson com o *score* PHQ-9 de depressão e significância (*p*).

	Intensidade média da dor	Score ODI de incapacidade	Intensidade da dor no momento
Cc Pearson	0,661	0,650	0,618
<i>p</i>	0,001	0,001	0,003

A intensidade média da dor foi mais elevada nos indivíduos com depressão moderada a grave (Gráfico 7). Pelo teste F da ANOVA, verificou-se uma diferença significativa da intensidade média da dor entre as classes de depressão ( $p=0,009$ ). Como só havia uma observação para a classe de depressão ‘moderadamente grave’, foi necessário removê-la para continuar a

análise. Foram realizadas comparações múltiplas pelo Teste de Scheffé, que revelaram uma diferença significativa ( $p=0,015$ ) entre as classes ‘nenhuma a mínima’ e ‘moderada’. Quanto à intensidade da dor no momento, a diferença de médias entre as várias classes de depressão também foi significativa ( $p=0,044$ ).

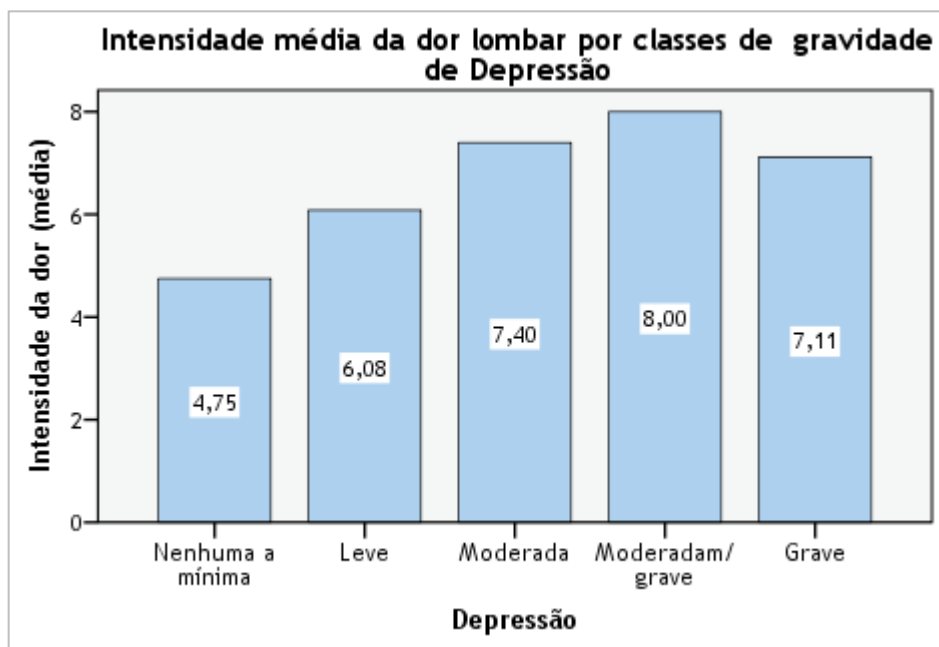


Gráfico 7 - Intensidade média da dor lombar por classes de gravidade de depressão.

Como se observa no Gráfico 8, o *score* de incapacidade também foi mais elevado para as classes de depressão mais graves.

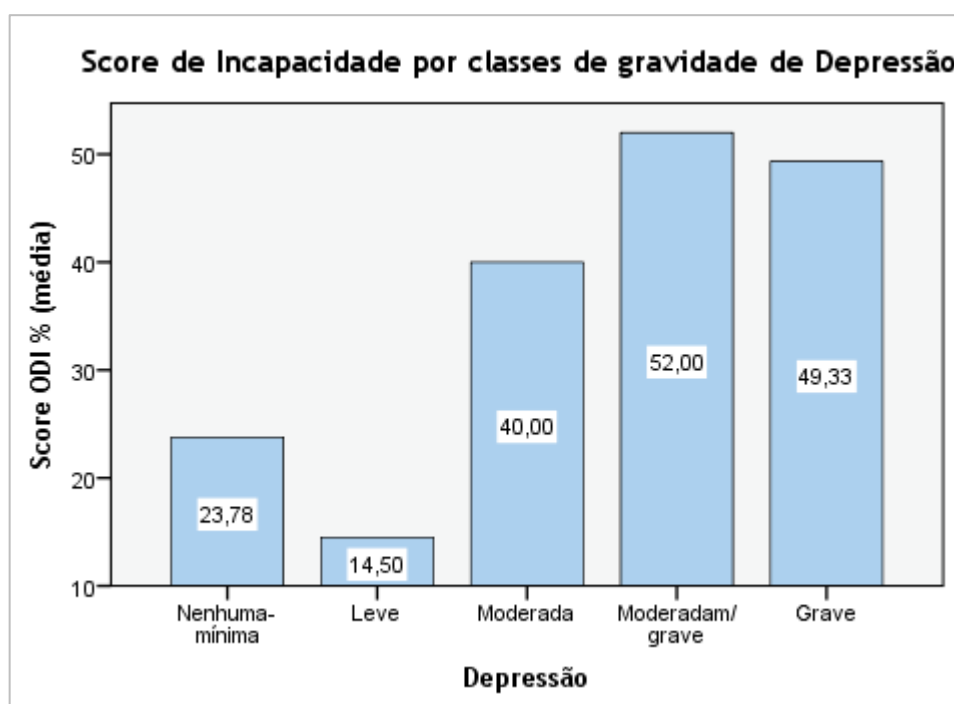


Gráfico 8 - Média do *score* ODI de incapacidade por classes de gravidade de depressão.

Neste caso a análise de variâncias foi feita com os testes robustos, porque não se verificou o pressuposto da homogeneidade de variâncias no Teste de Levene. Pelo Teste de Brown-Forsythe, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa ( $p=0,021$ ) entre as médias do *score* ODI nas várias classes de depressão. As comparações múltiplas pelo Teste de Scheffé revelaram uma diferença significativa ( $p=0,025$ ) entre as classes de depressão ‘leve’ e ‘grave’.

Esta análise permitiu concluir que tanto a intensidade da dor como a incapacidade foram influenciadas pela gravidade da depressão. Assim, as pessoas com depressão mais grave apresentaram dor mais intensa e incapacitante, e a relação inversa também se verificou.

#### Critérios para Síndrome de depressão major (SDM)

A presença de critérios para SDM apresentou uma correlação positiva significativa com a intensidade da dor no momento (Coeficiente de correlação de Spearman=0,626;  $p=0,002$ ). O mesmo se verificou com a intensidade média da dor, no entanto, a correlação foi mais moderada e menos significativa (Cc Spearman=0,524;  $p=0,015$ ).

Na análise de variâncias, apresentada na Tabela 13, a intensidade da dor (no momento e média) foi mais elevada nos indivíduos que satisfizeram os critérios para SDM, com uma diferença estatisticamente significativa.

Tabela 13 - Comparação de médias para os participantes com e sem critérios para Síndrome de depressão major.

Variável	Critérios Síndrome depressão major	Média	Desvio padrão	$p^*$
Intensidade da dor no momento	Não	3,73	2,49	0,004
	Sim	7,33	1,50	
Intensidade média da dor	Não	5,62	1,58	0,022
	Sim	7,39	1,06	
Score ODI de incapacidade (%)	Não	24,28	14,90	0,003
	Sim	47,33	11,71	

\* Significância do teste F da *One way* ANOVA.

A incapacidade, medida pelo *score* ODI, também foi mais elevada nos participantes com critérios para SDM, com uma diferença estatisticamente significativa (Tabela 13). O *score* ODI apresentou uma correlação positiva moderada com a presença de critérios de SDM (Cc Spearman=0,584;  $p=0,005$ ).

Desta análise, conclui-se que as pessoas com critérios de SDM tiveram dor mais intensa e mais incapacitante que o resto dos participantes.

Todas as pessoas com critérios para SDM referiram outros problemas associados à dor lombar. Pelo Teste do Qui-quadrado confirmou-se que a presença de outros problemas foi significativamente diferente ( $p=0,019$ ) entre as pessoas com e sem critérios para SDM.

### 3.2.4. Problemas associados à dor lombar crónica

Para a análise desta variável os participantes foram divididos em dois grupos consoante a presença ou não de problemas associados. A variável dicotómica para a presença de problemas associados à dor lombar apresentou uma correlação positiva, estatisticamente significativa, com muitas das variáveis estudadas (Tabela 14).

Tabela 14 - Coeficientes de correlação (Cc) de Spearman com a presença de problemas associados à dor lombar e significância ( $p$ ).

Variável	Cc Spearman	$p$
Medicação para alívio da dor	0,764	0,010
Score PHQ-9 de depressão	0,661	0,003
Score ODI de incapacidade	0,573	0,013
Crítérios Síndrome depressão major	0,555	0,017
Duração da dor	0,541	0,021
Intensidade da dor no momento	0,534	0,023
Intensidade média da dor	0,519	0,027

Todas as pessoas que referiram problemas associados à dor lombar disseram tomar alguma medicação para alívio da dor. Pelo Teste do Qui-quadrado confirmou-se que a toma de medicação foi significativamente diferente ( $p=0,016$ ) entre as pessoas com e sem problemas.

A Tabela 15 apresenta os resultados da análise de variâncias. A média do score PHQ-9 de depressão foi mais elevada nos participantes que referiram problemas associados, com uma diferença estatisticamente significativa. A intensidade da dor lombar (média e no momento) e a incapacidade também foram mais elevadas no grupo com outros problemas associados.

Tabela 15 - Comparação de médias para os participantes com e sem problemas associados à dor lombar.

Variável	Presença de problemas associados	Média	Desvio padrão	$p^*$
Score PHQ-9 de depressão	Não	3,50	4,63	0,005
	Sim	13,20	7,33	
Score ODI de incapacidade (%)	Não	19,25	12,83	0,013
	Sim	40,02	17,41	
Intensidade média da dor	Não	5,08	1,57	0,031
	Sim	6,80	1,49	
Intensidade da dor no momento	Não	3,13	2,30	0,034
	Sim	6,00	2,83	

\* Significância do teste F da *One way ANOVA*.

Em conclusão, a presença de problemas associados à dor lombar associou-se a dor mais intensa e a graus mais elevados de incapacidade funcional e depressão.

### 3.2.5. Outras características da dor lombar

A duração e frequência da dor apresentaram uma correlação negativa moderada ( $Cc$  Spearman=-0,562;  $p=0,008$ ). Ou seja, dor de menor duração associou-se a episódios mais frequentes de dor (Gráfico 9). No entanto, o teste F da ANOVA revelou que a diferença entre a duração média da dor dos três grupos de frequência não foi estatisticamente significativa ( $p=0,884$ ).

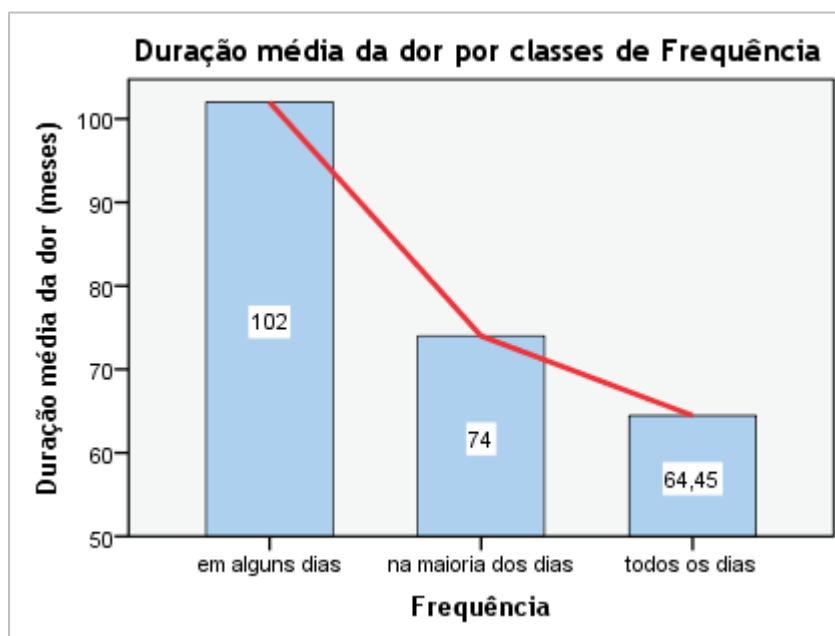


Gráfico 9 - Duração média da dor lombar para cada classe frequência de dor.

A toma de medicação para alívio da dor não se correlacionou com a intensidade da dor em nenhuma das END aplicadas. A média da intensidade da dor foi mais elevada nos participantes que referiram tomar medicação, mas, na análise de variâncias, esta diferença não foi significativa. Como referido anteriormente, a toma de medicação apresentou uma correlação positiva forte com a presença de problemas associados. Pela análise de regressão logística obteve-se o seguinte modelo com a variável ‘presença de problemas associados’ (B1):

$$P(Y) = 1 / 1 + e^{-(-0,693+21,896.B1)} \quad (1)$$

Este modelo tem uma capacidade discriminante excelente, com área sob a curva de ROC de 0,938 e  $R^2=0,73$ . Classifica corretamente 90% das observações, com sensibilidade de 87,5% e especificidade de 100%. Estimando os *Odds Ratio* concluiu-se que um doente com outros problemas associados à dor lombar tem aproximadamente  $3,2 \times 10^9$  mais possibilidades de tomar medicação para alívio da dor.

Quanto ao número de dias de trabalho perdidos não se verificou nenhuma correlação significativa com as outras variáveis.

## 4. Discussão

Com este estudo foi possível caracterizar as pessoas afetadas pela dor lombar crónica no CS da Covilhã e estudar o modo como este problema interfere com a sua capacidade de desempenhar as atividades do dia-a-dia.

Nesta amostra, mais de metade dos participantes referiu dor lombar intensa que ocorre diariamente, muitos deles há 4 anos ou mais. Apesar disso, a maioria não perdeu nenhum dia de trabalho devido à dor lombar. Dois terços dos doentes apresentaram incapacidade mínima a moderada e mais de 40% apresentaram um *score* sugestivo de depressão clinicamente significativa.

Da análise efetuada destaca-se a importância do bem-estar psicológico na evolução da dor lombar. A depressão revelou ser um fator determinante na intensidade da dor referida pelos doentes e no seu nível de incapacidade funcional. Esta associação é consistente com outros estudos realizados na área e é um ponto fundamental da abordagem aos doentes com dor lombar crónica.(7, 8)

Apresenta-se em seguida a comparação com os resultados de outros estudos, de modo a contextualizar e discutir os achados desta investigação.

### 4.1. Influência das características sociodemográficas

Na amostra estudada as características sociodemográficas não influenciaram de forma significativa as características da dor lombar nem o seu impacto funcional ou psicológico.

#### 4.1.1. Idade

Observou-se um padrão de variação da intensidade da dor com a idade. A intensidade da dor no momento aumentou com a idade até aos 50-59 anos e depois voltou a diminuir. Este padrão é consistente com o verificado num estudo de 2012 sobre dor lombar nos cuidados primários.(8)

Em 2004, no Centro de Saúde Senhora da Hora, em Matosinhos, foi realizado um estudo analítico transversal sobre lombalgia e a sua relação com as características sociodemográficas. A prevalência de lombalgia foi 49% e verificou-se uma associação estatisticamente significativa com a idade e o estado civil, com uma prevalência mais elevada no grupo etário dos 50-65 anos.(25)

#### **4.1.2. Género**

Nesta amostra, as mulheres apresentaram dor mais intensa e prolongada e *score* de depressão mais elevado que os homens, mas estas diferenças não foram estatisticamente significativas.

Vários trabalhos referem que a dor lombar é mais comum em mulheres.(8, 26) Um estudo, realizado na Alemanha, sobre as diferenças da dor lombar entre sexos, concluiu que as mulheres são mais propensas a ter dor lombar recorrente ou crónica e que têm, em média, uma capacidade funcional mais baixa. Nesse estudo, o género feminino também apresentou maior propensão para ter um *score* de depressão positivo.(26)

#### **4.2. Problemas associados à dor lombar crónica**

Dos casos estudados, pode considerar-se que 44,4% correspondem a dor inespecífica, uma vez que os participantes negaram a presença de problemas associados à dor lombar. Entre aqueles que referiram patologias associadas, 40% indicaram hérnia discal lombar e 30% referiram osteoporose concomitante. Estes diagnósticos não foram confirmados, baseando-se apenas no relato do participante.

O diagnóstico diferencial das causas de dor lombar crónica é extenso. Contudo, em até 70% dos casos é considerada inespecífica ou idiopática, pois não se verificam alterações anatómicas ou neurológicas que expliquem claramente os sintomas. As causas identificáveis mais comuns são as lesões degenerativas dos discos e facetas articulares relacionadas à idade (10%). Seguem-se as hérnias discais e fraturas osteoporóticas, representando, cada uma delas, 4% dos casos.(12, 27)

Nesta investigação, a presença de outros problemas músculo-esqueléticos associou-se a níveis mais elevados de dor, incapacidade e depressão. Um resultado importante foi o facto de todos os participantes com critérios de Síndrome de depressão major terem referido a presença de patologias associadas à dor lombar. Os participantes com problemas associados também tiveram uma maior probabilidade de tomar medicação para alívio da dor do que os restantes.

A partir destes resultados, deduz-se que a identificação e tratamento da causa de base e de outras co-morbilidades são importantes na abordagem à dor lombar. Para além disso, é necessário adequar o tratamento farmacológico à patologia de base, quando for possível identificá-la.

#### **4.3. Absentismo laboral**

Neste estudo, a maioria dos participantes negou ter perdido dias de trabalho devido à dor lombar. Em 21,1% dos casos os participantes perderam pelo menos 1 dia de trabalho nos últimos 3 meses, com uma média de 3,79 dias de trabalho perdidos e um máximo de 45 dias.

No estudo do CS de Matosinhos, citado anteriormente, a lombalgia causou incapacidade laboral em 17% dos indivíduos, com uma média 2,5 dias de trabalho perdidos, valores inferiores aos da presente investigação. (25)

Na presente investigação não foram avaliados outros efeitos da dor lombar na atividade laboral, como por exemplo, perdas de produtividade ou alterações do ambiente de trabalho, pelo que o impacto laboral pode ter sido subestimado. As alterações do desempenho profissional podem ser uma consequência da dor lombar crónica, mas também um fator contribuinte para a sua evolução, devendo por isso ser parte integrante da avaliação do doente.

Um estudo realizado em França concluiu que, na população ativa, os fatores de risco mais importantes para dor lombar crónica são os relacionados com o trabalho. Entre esses, os fatores psicossociais, como insatisfação com o trabalho ou falta de reconhecimento, tiveram mais peso que os fatores físicos. (28)

## **4.4. Interpretação e comparação dos resultados das escalas**

### **4.4.1. Intensidade da dor lombar (END)**

A intensidade média da dor nesta amostra foi 6,13 ( $\pm 1,65$ ), ou seja, dor intensa. Este valor foi calculado a partir da intensidade da dor no momento, da dor habitual e da pior dor nos últimos 3 meses.

Dois estudos realizados no Reino Unido obtiveram uma intensidade média inicial da dor de 4,6 e 3,9, ou seja, dor moderada. (19, 20) Esses resultados são inferiores ao encontrado nesta investigação e isso pode ser explicado pelo modo de cálculo da intensidade média da dor, que nesses estudos usou a menor dor em vez da pior.

No estudo do CS de Matosinhos, 67% dos indivíduos com dor lombar referiram intensidade da dor entre 4 e 7 na END, ou seja, dor moderada a intensa. (25) A comparação é difícil, uma vez que não referem claramente o período temporal avaliado, no entanto, este valor é inferior ao encontrado em todas as END aplicadas na presente investigação (dados não apresentados).

Quanto à intensidade da dor no momento, nesta amostra a média foi 4,76 ( $\pm 2,77$ ), ou seja, dor moderada. Este valor foi mais baixo nos participantes que negaram problemas associados ( $3,13 \pm 2,30$ ), com uma diferença estatisticamente significativa.

Num estudo de 2011 na região centro de Portugal, sobre dor lombar crónica inespecífica após um programa de fisioterapia, a intensidade média da dor foi de 4,87 ( $\pm 1,88$ ). (29) Apesar de se referir a um contexto diferente, este valor é sobreponível ao obtido na presente investigação. Comparando apenas com os participantes sem problemas associados, ou seja, dor lombar inespecífica, este valor é superior.

Em 2001, foram publicados os resultados de um estudo prospetivo dos Estados Unidos da América (EUA) sobre os preditores da evolução da dor lombar a longo prazo. No início desse estudo, os doentes que recorreram aos cuidados primários apresentavam uma intensidade média da dor de 5,41 ( $\pm 2,41$ ).<sup>(30)</sup> Este valor é superior ao encontrado na presente investigação, provavelmente porque esse estudo também incluiu alguns doentes com dor lombar aguda.

#### 4.4.2. Incapacidade (ODI)

O valor médio amostral do *score* ODI foi 30,87% ( $\pm 17,43$ ), ou seja, incapacidade moderada. Comparando com os dados normativos, publicados em 2000 numa revisão das publicações que utilizaram o ODI, este valor é inferior à média ponderada obtida para as pessoas com dor lombar crónica, que foi de 43,3%, ou seja, incapacidade grave.<sup>(22)</sup>

*Fairbank*, na publicação original do ODI, propôs que na categoria de incapacidade ‘moderada’ os doentes apresentam mais dor e dificuldade com as atividades básicas do dia-a-dia, como sentar, levantar e estar em pé. Para além disso, a vida social e o trabalho podem estar condicionados. No entanto, normalmente nesta categoria a dor lombar pode ser tratada de modo conservativo.<sup>(21)</sup>

O ODI mostrou uma consistência interna elevada, com um  $\alpha$  de Cronbach de 0,888, consistente com o encontrado em outros estudos.<sup>(22)</sup>

No estudo português de 2011 relativo a um programa de fisioterapia, a média do *score* ODI foi 39,2%.<sup>(29)</sup> Este valor também corresponde a incapacidade moderada, mas é superior ao encontrado nesta investigação, possivelmente porque os participantes já tinham sido referenciados para fisioterapia pelo seu médico de família. Nesse estudo, tal como na presente investigação, entre as secções mais afetadas encontram-se as questões relativas a levantar pesos, estar sentado e estar em pé, mas com médias mais elevadas.<sup>(29)</sup>

No estudo de 2001 nos EUA, previamente citado, os doentes apresentavam uma média do *score* ODI de 49.7% ( $\pm 17.9$ ).<sup>(30)</sup> Este valor é bastante superior ao encontrado na presente investigação, mas está de acordo com a intensidade da dor verificada nesse estudo, que também foi mais elevada.

#### 4.4.3. Depressão (PHQ-9)

Nesta amostra, a média do *score* PHQ-9 de depressão foi 8,57 pontos ( $\pm 7,38$ ), ou seja, depressão leve. Um estudo de 2002 propôs que para este nível de depressão a vigilância (*watchful waiting*) é suficiente, com repetição do questionário no *follow-up*.<sup>(31)</sup>

Um estudo transversal de 2012 analisou a relação da dor lombar com os fatores psicológicos numa amostra de mais de 2000 utentes dos cuidados de saúde primários. Nesse estudo, a

média do *score* PHQ-9 foi 10,1 ( $\pm 3,3$ ) nos participantes com dor lombar e 9,0 ( $\pm 3,5$ ) nas pessoas sem dor.(8) Ambos os valores são superiores à média obtida na presente investigação, provavelmente porque o PHQ-9 só foi aplicado aos casos suspeitos de doença psiquiátrica.

Num estudo prospetivo de 2013, em adultos com dor lombar que procuraram fisioterapia, a média do *score* PHQ-9 foi 7,2 ( $\pm 6,1$ ).(32) Comparando com esta investigação, o nível de depressão foi mais baixo mas também na classe de depressão ‘leve’.

Aproximadamente 43% dos participantes tiveram *score* PHQ-9  $\geq 10$  pontos (categorias ‘moderada’ a ‘grave’), o que sugere que a depressão já representa uma condição clínica significativa.(24) Para além disso, 19% tiveram  $\geq 15$  pontos, retratando indivíduos em que o tratamento ativo provavelmente já se justifica.(24)

## **4.5. Associação entre intensidade, incapacidade e depressão**

### **4.5.1. Intensidade da dor lombar e incapacidade**

Neste estudo encontrou-se uma forte correlação entre a intensidade da dor lombar e a incapacidade, com diferenças significativas entre as várias categorias de incapacidade. Isto permitiu concluir que a presença de dor mais intensa se associa a maior impacto na capacidade de realizar as atividades do dia-a-dia. De referir, contudo, que a primeira questão da escala ODI se refere à intensidade da dor e isso pode ter favorecido, pelo menos em parte, a relação entre as duas variáveis.

Diversos estudos corroboram esta relação, incluindo dois estudos britânicos, previamente citados, que apontam a intensidade inicial da dor como um forte preditor de dor lombar incapacitante e limitante.(19, 20) Num desses trabalhos ficou demonstrado que a intensidade inicial da dor prediz a incapacidade futura mesmo após 5 anos.(20)

Também no estudo de 2001 nos EUA, o preditor mais forte da intensidade da dor e da incapacidade ao fim de 12 meses foi o valor dessas variáveis no início do estudo. A presença de depressão crónica também foi um preditor importante.(30)

### **4.5.2. Dor lombar e depressão**

Esta investigação demonstrou uma clara associação entre dor lombar crónica e depressão. A intensidade da dor e a incapacidade funcional aumentaram com a gravidade de depressão, e vice-versa.

No entanto, é difícil saber se existe uma relação causa-efeito ou se a dor e a depressão são simplesmente co-morbidades. Vários artigos propõem razões para esta associação, mas as hipóteses são múltiplas e é possível que todas possam contribuir.(7, 33)

Quando questionamos o doente acerca da dor lombar a sua resposta não expressa unicamente a intensidade da dor, ela já inclui o juízo cognitivo dos seus efeitos incapacitantes. Este julgamento pode ser afetado pelo humor depressivo e assim explicar, pelo menos parcialmente, a associação dor-depressão.(33)

Esta associação também pode resultar da semelhança entre os mecanismos fisiopatológicos dos dois problemas, por exemplo, ao nível das vias de transmissão neurológicas e neurotransmissores. O humor alterado e outras perturbações afetivas podem condicionar uma hipersensibilidade à dor e alterar os mecanismos de *coping*. Para além disso, há fatores externos (por exemplo, outras co-morbilidades) que influenciam tanto a dor como a depressão.(7)

Num estudo transversal de 2012 verificou-se uma associação significativa entre dor lombar e depressão. Nesse estudo, tanto a frequência como a gravidade da depressão foram mais elevadas nos participantes com dor lombar do que nas pessoas sem dor, com uma diferença significativa.(8)

Um estudo longitudinal, realizado nos EUA em 2011, também validou a hipótese de que existe uma relação recíproca entre dor e depressão.(7) Isto tem grandes implicações na abordagem do doente, uma vez que, a presença das duas condições em simultâneo está associada a maior incapacidade, aumenta o uso e os custos dos cuidados de saúde e pode reduzir a eficácia do tratamento.(7)

Uma revisão sobre o impacto dos fatores psicossociais na transição de dor lombar aguda para crónica revelou que a depressão pode influenciar a evolução da dor lombar.(34) No entanto, essa conclusão não é aplicável a todas as pessoas e são necessárias grandes coortes para o demonstrar. De entre os vários *outcomes* estudados nessa revisão, o mais afetado pelos fatores psicossociais foi a incapacidade, e não a duração ou intensidade da dor.(34) Na presente investigação isso não se verificou, pois o *score* PHQ-9 de depressão apresentou uma correlação ligeiramente mais forte com a intensidade média da dor do que com a incapacidade (Coeficiente de Pearson 0,661 vs. 0,650;  $p=0,001$ ).

#### **4.6. Dor lombar como problema biopsicossocial**

A experiência da dor lombar inclui a sua construção social e psicológica e o modo como o doente lida com a dor (*coping*). (35) A ausência de uma explicação biomédica clara para a dor lombar crónica faz com que o doente não pare de procurar outros exames e tratamentos. Para além desta frustração, o doente pode ser confrontado com a desconfiança das pessoas que o rodeiam quanto à veracidade da sua dor e incapacidade, e pode ser visto como preguiçoso ou em busca de um ganho secundário. A dor afeta a capacidade do doente desempenhar as suas funções habituais em casa, no trabalho e na família. Isto tem grande impacto psicológico e pode levar à sensação de mudança de identidade, culpa, raiva e até à

depressão. O modo como o doente lida com a sua dor (*coping*) depende das suas crenças e preocupações e isso vai afetar todo o quadro clínico. O afastamento social é real e não resulta apenas da incapacidade e desconforto provocados pela dor, mas também destas ideias preconcebidas.(35)

Considera-se assim que a dor lombar crónica é um problema biopsicossocial. Por isso, a abordagem ao doente deve ter em conta todas estas implicações e incluir a ação concertada de todos os profissionais relevantes. A identificação dos fatores psicossociais (*yellow flags*) é recomendada nas *guidelines* europeias como parte essencial da avaliação clínica da dor lombar crónica.(2)

Perante a queixa de dor lombar crónica, seria importante que o médico dispusesse de meios rápidos e sensíveis para despistar sinais de depressão, ou outros fatores psicológicos, que possam estar na base do problema. Assim, para além do tratamento farmacológico da dor, poderia atuar-se desde logo na dimensão psicológica do problema, que quando descurada pode ser uma barreira à recuperação e ter graves consequências na função do doente.

Ao nível dos cuidados de saúde primários isto é ainda mais premente, uma vez que aí são integrados os dados sobre a saúde e a doença ao longo de toda a vida do doente. Segundo o “Programa Nacional de Controlo da Dor” da Direção-Geral da Saúde, o controlo da dor deve iniciar-se e na maioria das situações restringir-se a este nível de cuidados.(10) A proximidade com o doente e a continuidade do contacto proporcionam o meio ideal para a identificação dos fatores adversos à evolução e tratamento da dor lombar.

#### **4.7. Limitações e pontos fortes do estudo**

Os resultados deste estudo podem ter sido influenciados por viés de seleção, de informação e de memória.(36) A aplicação do estudo a utentes do centro de saúde excluiu automaticamente vários indivíduos, incluindo: pessoas que não procuraram assistência médica; doentes que recorreram a cuidados mais diferenciados ou serviços privados; e pessoas mais incapacitadas que não conseguem deslocar-se à consulta presencial no centro de saúde. Os critérios de exclusão referentes às dificuldades na compreensão do questionário podem ter excluído pessoas mais idosas e com menores níveis de escolaridade. O autopreenchimento do questionário pode ter dificultado a compreensão de algumas questões e levado a um maior número de questões não respondidas.

Apesar de ter sido usada uma amostra de conveniência, o estudo abrangeu pessoas de ambos os sexos e de um amplo espectro de idades. O pequeno tamanho da amostra limita a generalização das conclusões e pode ter levado à falha na identificação de algumas associações que na realidade existem (erro aleatório tipo II).(36)

Reforça-se que a seleção das escalas e elaboração das perguntas do questionário foi feita com base nas recomendações para a investigação clínica.(14) A utilização de escalas validadas para a avaliação da dor, incapacidade e depressão facilitou a interpretação dos resultados e a comparação com outros estudos.

Não foram recolhidos dados quanto aos ECD e tratamentos a que o doente foi submetido. Considera-se que estes dados poderiam alterar algumas conclusões, no entanto, isto está para além do escopo desta investigação, sendo um bom ponto de partida para trabalhos futuros. Também não foram pesquisadas outras co-morbilidades para além das músculo-esqueléticas, que poderiam influenciar os resultados.

#### **4.8. Sugestões de investigação**

Seria interessante aplicar este questionário a uma amostra mais ampla, para reforçar as conclusões obtidas, ou em outros centros de saúde, para comparar os resultados.

Uma possível linha de investigação, que não foi possível realizar neste trabalho, seria a caracterização da abordagem feita à dor lombar nos cuidados de saúde primários, de modo a conhecer os ECD e tratamentos mais utilizados. Um bom ponto de partida seria a análise dos registos SOAP, para saber como este problema é codificado e selecionar os utentes a estudar. Posteriormente poderia ser feita uma segunda aplicação do questionário para avaliar a evolução do quadro clínico em resposta ao tratamento.

Um dos problemas do conhecimento sobre a dor lombar é a grande heterogeneidade metodológica, que dificulta a comparação entre estudos. Por isso propõe-se que, em estudos futuros, sejam seguidas as recomendações para a investigação nesta área e sejam utilizadas escalas validadas.

## 5. Conclusões

A dor lombar crónica é um problema comum, com impacto elevado na vida das pessoas afetadas e no seu círculo social. É necessário mudar paradigmas e abordar a dor lombar como um problema biopsicossocial, para assim tentar combater os seus efeitos negativos.

Com este estudo foi possível conhecer as características das pessoas que recorrem ao CS da Covilhã com esta queixa. A realização de outros estudos como este permitirá ter uma visão mais realista da importância da dor lombar crónica em Portugal.

Tal como sugerido em estudos anteriores, verificou-se que a dor lombar crónica tem implicações importantes a nível funcional e psicológico, facto que deve ser tido em conta no planeamento dos cuidados a prestar. Acentua-se, assim, a importância de avaliar o doente de uma forma holística, de modo a reconhecer e tentar corrigir estes fatores adversos ao prognóstico logo a partir da avaliação inicial.

Ao nível dos cuidados de saúde primários, a proximidade ao doente e à sua família e a continuidade do contacto proporcionam o meio ideal para aplicar estas conclusões. Como é uma doença crónica, é importante que seja dado maior relevo ao aconselhamento do doente e apoio psicológico e social quando for necessário.

Espera-se que este trabalho possa funcionar como um alerta a todos os profissionais de saúde, para que estes atuem de modo informado na abordagem ao doente com dor lombar crónica.



## 6. Bibliografia

1. Majid K, Truumees E. Epidemiology and Natural History of Low Back Pain. *Seminars in Spine Surgery*. 2008;20(2):87-92.
2. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klüber-Moffett J, Kovacs F, et al. COST B13 Working Group on Guidelines for Chronic Low Back Pain. Chapter 4 - European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. 2005 [acesso em 04/02/2014]. Disponível em: <http://www.backpaineurope.org/>.
3. Duthey B. Priority medicines for Europe and the world - 2013 Update. Background Paper 6.24 - Low back pain: World Health Organization. 2013.
4. Hoy D, March L, Brooks P, Blyth F, Woolf A, Bain C, et al. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Ann Rheum Dis*. 2014;73(6):968-74.
5. Rabiais S, Nogueira PJ, Falcão JM. A dor na população portuguesa. Alguns aspectos epidemiológicos - 2002. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde. 2003.
6. Global Burden of Disease Study 2010 (GBD 2010) Results 1990-2010 [Internet]. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME); 2013 [acesso em 01/05/2014]. Disponível em: <http://www.healthdata.org/gbd>.
7. Kroenke K, Wu J, Bair MJ, Krebs EE, Damush TM, Tu W. Reciprocal Relationship Between Pain and Depression: A 12-Month Longitudinal Analysis in Primary Care. *The Journal of Pain*. 2011;12(9):964-73.
8. Bener A, Verjee M, Dafeeah EE, Falah O, Al-Juhaishi T, Schlogl J, et al. Psychological factors: anxiety, depression, and somatization symptoms in low back pain patients. *J Pain Res*. 2013;6:95-101.
9. Pincus T, Burton AK, Vogel S, Field AP. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2002;27(5):E109-20.
10. Programa Nacional de Controlo da Dor. Circular Normativa nº 11/DSCS/DPCD de 18/06/2008. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde.
11. Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT, Jr., Shekelle P, et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med*. 2007;147(7):478-91.
12. Last AR, Hulbert K. Chronic low back pain: evaluation and management. *Am Fam Physician*. 2009;79(12):1067-74.
13. Kendall NAS, Linton SJ, Main CJ. Guide to Assessing Psycho-social Yellow Flags in Acute Low Back Pain: Risk Factors for Long-Term Disability and Work Loss. Oct, 2004 ed. Wellington, New Zealand: Accident Compensation Corporation and the New Zealand Guidelines Group. 2004.

14. Deyo RA, Battie M, Beurskens AJ, Bombardier C, Croft P, Koes B, et al. Outcome measures for low back pain research. A proposal for standardized use. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1998;23(18):2003-13.
15. Rossignol M, Rozenberg S, Leclerc A. Epidemiology of low back pain: What's new? *Joint Bone Spine*. 2009;76(6):608-13.
16. Dionne CE, Dunn KM, Croft PR, Nachemson AL, Buchbinder R, Walker BF, et al. A consensus approach toward the standardization of back pain definitions for use in prevalence studies. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2008;33(1):95-103.
17. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde.
18. Von Korff M, Ormel J, Keefe FJ, Dworkin SF. Grading the severity of chronic pain. *Pain*. 1992;50(2):133-49.
19. Dunn KM, Jordan KP, Croft PR. Contributions of prognostic factors for poor outcome in primary care low back pain patients. *European Journal of Pain*. 2011;15(3):313-9.
20. Campbell P, Foster NE, Thomas E, Dunn KM. Prognostic indicators of low back pain in primary care: five-year prospective study. *J Pain*. 2013;14(8):873-83.
21. Fairbank JC, Couper J, Davies JB, O'Brien JP. The Oswestry low back pain disability questionnaire. *Physiotherapy*. 1980;66(8):271-3.
22. Fairbank JC, Pynsent PB. The Oswestry Disability Index. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000;25(22):2940-52.
23. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606-13.
24. Patient Health Questionnaire (PHQ) Screeners: Pfizer. [acesso em 04/02/2014]. Disponível em: <http://www.phqscreeners.com/>.
25. Ponte C. Lombalgia em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 2005;21(3):259-67.
26. Chenot JF, Becker A, Leonhardt C, Keller S, Donner-Banzhoff N, Hildebrandt J, et al. Sex differences in presentation, course, and management of low back pain in primary care. *Clin J Pain*. 2008;24(7):578-84.
27. Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. *N Engl J Med*. 2001;344(5):363-70.
28. Lefevre-Colau MM, Fayad F, Rannou F, Fermanian J, Coriat F, Mace Y, et al. Frequency and interrelations of risk factors for chronic low back pain in a primary care setting. *PLoS One*. 2009;4(3):e4874.
29. Pinheiro J, Figueiredo P, Branco J, Ramos S, Ferreira J. Dor lombar crónica inespecífica e função: estudo clínico no âmbito de uma consulta de Medicina Física e de Reabilitação. *Acta-Med-Port*. 2011;24(S2):287-92.
30. Nyiendo J, Haas M, Goldberg B, Sexton G. Pain, disability, and satisfaction outcomes and predictors of outcomes: a practice-based study of chronic low back pain patients

attending primary care and chiropractic physicians. *J Manipulative Physiol Ther.* 2001;24(7):433-9.

31. Kroenke K, Spitzer R. The PHQ-9: A New Depression Diagnostic and Severity Measure. *Psychiatric Annals.* 2002;32:509-15.

32. Beneciuk JM, Bishop MD, Fritz JM, Robinson ME, Asal NR, Nisenzon AN, et al. The STarT back screening tool and individual psychological measures: evaluation of prognostic capabilities for low back pain clinical outcomes in outpatient physical therapy settings. *Phys Ther.* 93. United States 2013. p. 321-33.

33. Meyer T, Cooper J, Raspe H. Disabling low back pain and depressive symptoms in the community-dwelling elderly: a prospective study. *Spine (Phila Pa 1976).* 32. United States 2007. p. 2380-6.

34. Ramond A, Bouton C, Richard I, Roquelaure Y, Baufreton C, Legrand E, et al. Psychosocial risk factors for chronic low back pain in primary care--a systematic review. *Fam Pract.* 2011;28(1):12-21.

35. Bunzli S, Watkins R, Smith A, Schutze R, O'Sullivan P. Lives on hold: a qualitative synthesis exploring the experience of chronic low-back pain. *Clin J Pain.* 2013;29(10):907-16.

36. *Investigação Passo a Passo - Perguntas e Respostas Essenciais para a Investigação Clínica 1ª ed: Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral; 2008.*



# Anexos

## Anexo 1 - Parecer da Comissão de Ética da FCS



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Faculdade de Ciências da Saúde

Exma. Senhora  
Mafalda Martins Baptista

Sua Referência	Sua Data	Nossa Referência	Nossa Data
000.000.000	0000.00.00	000.000.000	2015.04.07

**Assunto: Parecer da Comissão de Ética da FCS**

No seguimento da solicitação de apreciação do Projecto "*Dor lombar crónica numa unidade de cuidados de saúde primários*", por parte da Comissão de Ética da FCS, envio em anexo o parecer resultante da análise do referido projecto de investigação.

Cordiais cumprimentos

O Presidente da Faculdade de Ciências da Saúde  
Prof. Doutor Luís Taborda Barata



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**PARECER**

**Processo:** CE-FCS-2014-019

**Tema Projecto/Proponente:** “*Dor lombar crónica numa unidade de cuidados de saúde primários*” – Exma. Senhora Mafalda Martins Baptista

Exmo. Sr. Presidente da Faculdade de Ciências da Saúde

Apreciado o pedido referente ao processo acima mencionado esta Comissão não detectou matéria que ofenda os princípios éticos.

Covilhã, 7 de Abril de 2015

O Presidente da Comissão de Ética

*Prof. Doutor José Martinez de Oliveira*

## Anexo 2 - Autorização da Direção do Centro de Saúde da Covilhã

  
**“Dor lombar crónica numa unidade de cuidados de saúde primários”**  
Estudo para Tese de Mestrado Integrado em Medicina

*Autorização*  
*02/06/2014*

Exma. Senhora Doutora  
Maria Eugénia dos Santos Calvário  
Directora Centro de Saúde Covilhã  
ACeS Cova da Beira

Vimos por este meio requerer a V. Exa. autorização para a realização do estudo com o título **“Dor lombar crónica numa unidade de cuidados de saúde primários”** no âmbito da tese de Mestrado Integrado em Medicina. A recolha de dados será feita pela aplicação de questionários na consulta de adultos do Dr. Vítor Santos no Centro de Saúde da Covilhã.

No sentido de facilitar a apreciação apresentamos um resumo dos aspectos mais relevantes do projecto. Em anexo fica o protocolo completo do projecto e um exemplar do questionário a aplicar.

<b>Investigador</b>	Mafalda Martins Baptista, aluna do mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade da Beira Interior
<b>Orientador</b>	Vítor Manuel dos Santos, médico no ACeS Cova da Beira - Centro de Saúde Covilhã e Professor convidado da FCS - UBI.
<b>Objectivo</b>	Conhecer as características da Dor lombar crónica e o seu impacto nos utentes do Centro de Saúde da Covilhã.
<b>Metodologia</b>	Aplicação de questionário preenchido pelo participante em formato de papel.
<b>Amostra e recrutamento dos participantes</b>	Utentes que recorram à consulta do Dr. Vítor Santos com queixa de dor lombar crónica durante os meses de Junho, Julho e Setembro de 2014. Recrutamento feito pelo Dr. Vítor de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.
<b>Possíveis aplicações/benefícios</b>	Desenvolvimento de um modelo de cuidados mais ajustado à realidade. Identificação de obstáculos ao tratamento e à recuperação da actividade normal. Desenho de estratégias preventivas e programas de sensibilização.
<b>Informação de Segurança</b>	O estudo não implica riscos nem custos ao participante, também não envolve a realização de exames ou tratamentos para além daqueles que seriam normalmente efectuados no âmbito da consulta.

Com os melhores cumprimentos,

O investigador

Mafalda Martins Baptista

O orientador

Vítor Manuel dos Santos

Covilhã, 27 de Junho de 2014

## Anexo 3 - Consentimento Informado



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Covilhã | Portugal



### CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

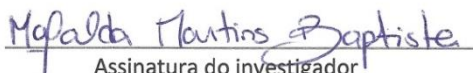
Estudo para Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina

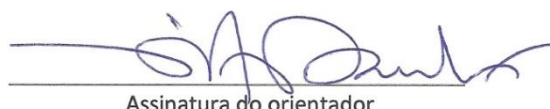
**Título:** Dor lombar crónica numa unidade de cuidados de saúde primários

**Orientador:** Doutor Vítor Manuel dos Santos

**Investigador:** Mafalda Martins Baptista, aluna de mestrado integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade da Beira Interior.

1. Este trabalho tem como objectivo conhecer as características da Dor lombar crónica nos utentes do Centro de Saúde da Covilhã incluindo: intensidade, duração e incapacidade para as actividades de vida diária.
2. Os dados obtidos poderão ser utilizados no desenvolvimento de cuidados de saúde mais adaptados às características locais e individuais deste problema.
3. Para participar terá de preencher o Questionário em anexo com uma duração estimada de 10 minutos.
4. A sua participação no estudo é voluntária e pode desistir a qualquer momento sem que isso prejudique os cuidados de saúde prestados.
5. A participação neste estudo não implica riscos nem custos.
6. A sua privacidade será respeitada, todos os dados recolhidos serão confidenciais e serão utilizados apenas no âmbito da investigação.
7. Este projecto não terá qualquer tipo de financiamento e não existe nenhum benefício, directo ou indirecto, para os investigadores.

  
Assinatura do investigador

  
Assinatura do orientador

---

### Pelo presente documento confirmo que:

- Li e compreendi todas as informações e tive tempo para as ponderar;
- Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente;
- Aceito participar no estudo.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/2014

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário

## Anexo 4 - Questionário



### QUESTIONÁRIO

#### “Dor lombar crónica numa unidade de cuidados de saúde primários”

Este questionário é constituído por 4 partes com uma duração estimada de 10 minutos. Por favor, responda a todas as questões apresentadas.

Em cada questão assinale apenas **UMA** resposta, a que melhor define a sua situação.

#### CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/2014

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos
2. Género:  
 Feminino     Masculino
3. Estado civil:  
 Solteiro     Casado     Divorciado     Viúvo     Outro
4. Profissão: \_\_\_\_\_
5. Situação laboral actual:  
 Trabalhador activo     Desempregado     Reformado  
 Baixa médica     Outra

#### CARACTERIZAÇÃO DA DOR LOMBAR

1. Há quanto tempo tem dor lombar? \_\_\_\_\_ anos e \_\_\_\_\_ meses
2. Nos últimos 3 meses com que frequência teve dor lombar?  
 em alguns dias     na maioria dos dias     todos os dias
3. Nos últimos 3 meses quantos dias de trabalho perdeu devido à dor lombar?  
(ou de escola ou de outra actividade diária de rotina) \_\_\_\_\_ dias
4. Faz alguma medicação para alívio da dor lombar? (por exemplo: comprimidos, injeções, pomada, creme, gel)  
 Sim     Não

5. Considere que **0** corresponde à ausência de dor e **10** à pior dor imaginável. Assinale na régua o valor correspondente à sua dor com uma cruz.

a) Qual a intensidade da sua dor lombar neste momento?

Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

b) Nos últimos 3 meses, qual foi a intensidade **HABITUAL** da sua dor lombar?

Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

c) Nos últimos 3 meses, qual foi a intensidade da sua **PIOR** dor lombar?

Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

6. **A sua dor lombar está associada a algum dos seguintes problemas?**

Assinale com cruz. Pode escolher mais do que uma opção se aplicável.

<input type="checkbox"/>	Não
<input type="checkbox"/>	Traumatismo da região lombar
<input type="checkbox"/>	Fractura de vértebra lombar
<input type="checkbox"/>	Hérnia discal lombar
<input type="checkbox"/>	Cirurgia da coluna lombar
<input type="checkbox"/>	Osteoporose
<input type="checkbox"/>	Doença inflamatória (por exemplo: Espondilite anquilosante)

## ÍNDICE DE INCAPACIDADE OSWESTRY, versão 2.1a (ODI)<sup>©</sup>

Este questionário foi concebido para nos fornecer informações sobre o modo como o seu problema de costas afeta a sua capacidade de lidar com a vida no dia-a-dia.

Por favor, responda a todas as secções. Em cada secção, assinale apenas a resposta que melhor descreve o que está a sentir **HOJE**.

---

### Secção 1 - Intensidade da dor

---

- Neste momento, não sinto dor.
- Neste momento, a dor é muito ligeira.
- Neste momento, a dor é moderada.
- Neste momento, a dor é relativamente intensa.
- Neste momento, a dor é muito intensa.
- Neste momento, a dor é a pior que se pode imaginar.

---

### Secção 2 - Cuidados pessoais (lavar-se, vestir-se, etc.)

---

- Consigo cuidar de mim normalmente sem causar mais dor.
- Consigo cuidar de mim normalmente, mas é muito doloroso.
- É doloroso cuidar de mim e faço-o devagar e com cuidado.
- Preciso de alguma ajuda, mas consigo assegurar a maior parte dos meus cuidados pessoais.
- Preciso de ajuda diariamente na maioria dos cuidados pessoais.
- Não me visto, lavo-me com dificuldade e fico na cama.

---

### Secção 3 - Levantar objetos

---

- Consigo levantar objetos pesados sem sentir mais dor.
- Consigo levantar objetos pesados, mas isto causa-me mais dor.
- A dor impede-me de levantar objetos pesados do chão, mas consigo pegá-los se estiverem convenientemente posicionados, por exemplo, numa mesa.
- A dor impede-me de levantar objetos pesados, mas consigo pegar em coisas leves ou de peso médio, se estiverem convenientemente posicionadas.
- Só consigo levantar coisas muito leves.
- Não consigo levantar nem transportar nada.

---

### Secção 4 - Andar

---

- A dor não me impede de andar qualquer distância.
- A dor impede-me de andar mais de 1 km.
- A dor impede-me de andar mais de 500 metros.
- A dor impede-me de andar mais de 100 metros.
- Só consigo andar de bengala ou de muletas.
- Passo a maior parte do tempo na cama e tenho de ir à casa de banho de gatas.

---

### Secção 5 - Estar sentado(a)

---

- Consigo estar sentado(a) em qualquer cadeira o tempo que eu quiser.
- Consigo estar sentado(a) na minha cadeira preferida o tempo que eu quiser.
- A dor impede-me de estar sentado(a) durante mais de 1 hora.
- A dor impede-me de estar sentado(a) durante mais de meia hora.
- A dor impede-me de estar sentado(a) durante mais de 10 minutos.
- A dor impede-me totalmente de estar sentado(a).

---

**Secção 6 - Estar em pé**

---

- Consigo estar em pé o tempo que eu quiser sem sentir mais dor.
- Consigo estar em pé o tempo que eu quiser, mas isto causa-me mais dor.
- A dor impede-me de estar em pé mais de uma hora.
- A dor impede-me de estar em pé mais de meia hora.
- A dor impede-me de estar em pé mais de 10 minutos.
- A dor impede-me totalmente de estar em pé.

---

**Secção 7 - Dormir**

---

- A dor nunca me perturba o sono.
- Ocasionalmente, a dor perturba-me o sono.
- Por causa da dor, durmo menos de 6 horas.
- Por causa da dor, durmo menos de 4 horas.
- Por causa da dor, durmo menos de 2 horas.
- A dor impede-me totalmente de dormir.

---

**Secção 8 - Vida sexual (se aplicável)**

---

- A minha vida sexual é normal e não aumenta a dor.
- A minha vida sexual é normal, mas causa mais alguma dor.
- A minha vida sexual é quase normal, mas muito dolorosa.
- A minha vida sexual é muito limitada pela dor.
- A minha vida sexual é quase inexistente devido à dor.
- A dor impede-me totalmente de ter vida sexual.

---

**Secção 9 - Vida social**

---

- A minha vida social é normal e não aumenta a dor.
- A minha vida social é normal, mas aumenta o grau de dor.
- A dor não tem uma influência significativa na minha vida social além de limitar as atividades mais enérgicas, como, por exemplo, o desporto, etc.
- A dor limitou a minha vida social e não saio com tanta frequência.
- Apenas tenho vida social em casa devido à dor.
- Não tenho vida social por causa da dor.

---

**Secção 10 - Viajar**

---

- Consigo viajar para qualquer lado sem sentir dor.
- Consigo viajar para qualquer lado, mas isso causa mais dor.
- A dor é forte, mas consigo fazer viagens superiores a duas horas.
- A dor só me permite fazer viagens inferiores a uma hora.
- A dor só me permite fazer viagens curtas e necessárias, inferiores a 30 minutos.
- A dor impede-me de viajar a menos que seja para os tratamentos.

**QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO PACIENTE- 9 (PHQ - 9)**

<b>Durante os últimos 14 dias, em quantos foi afectado/a por algum dos seguintes problemas?</b> <i>(Utilize "✓" para indicar a sua resposta)</i>	Nunca	Em vários dias	Em mais de metade dos dias	Em quase todos os dias
1. Tive pouco interesse ou prazer em fazer coisas.	0	1	2	3
2. Senti desânimo, desalento ou falta de esperança.	0	1	2	3
3. Tive dificuldade em adormecer ou em dormir sem interrupções, ou dormi demais.	0	1	2	3
4. Senti cansaço ou falta de energia.	0	1	2	3
5. Tive falta ou excesso de apetite.	0	1	2	3
6. Senti que não gosto de mim próprio/a - ou que sou um(a) falhado/a ou me desiludi a mim próprio/a ou à minha família.	0	1	2	3
7. Tive dificuldade em concentrar-me nas coisas, como ao ler o jornal ou ver televisão.	0	1	2	3
8. Movimentei-me ou falei tão lentamente que outras pessoas poderão ter notado. Ou o oposto: estive agitado/a a ponto de andar de um lado para o outro muito mais do que é habitual.	0	1	2	3
9. Pensei que seria melhor estar morto/a, ou em magoar-me a mim próprio/a de alguma forma.	0	1	2	3

**Se indicou alguns problemas, até que ponto é que eles dificultaram o seu trabalho, o cuidar da casa ou o lidar com outras pessoas?**

Não dificultaram <input type="checkbox"/>	Dificultaram um pouco <input type="checkbox"/>	Dificultaram muito <input type="checkbox"/>	Dificultaram extremamente <input type="checkbox"/>
---	--	---	--

## Anexo 5 - Autorização de utilização do ODI



Lyon, November 19<sup>th</sup>, 2014

**Re: Letter to certify Mafalda Martins Baptista rights to use the Portuguese version of the ODI.**

This letter is to certify that Mafalda Martins Baptista, has signed a User Agreement with MAPI Research Trust, dated May 2, 2014 and due to terminate in July 2015, in order to gain access to use the Portuguese version of the ODI. The author and copyright owner, Jeremy Fairbank has granted MAPI Research Trust the official exclusive right to distribute the ODI Questionnaire and its translations, acting on his behalf.

MAPI Research Trust hereby confirms that Mafalda Martins Baptista can use the Portuguese for Portugal version in the context described in the User Agreement.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Christelle Berne", is written over a horizontal line.

Christelle Berne  
Team Manager  
PRO Information Support  
MAPI Research Trust



---

Mapi Research Trust • 27 rue de la Villette • 69003 Lyon • France  
Tel: +33 (0) 4 72 13 65 75 • Fax: +33 (0) 4 72 13 66 82 • [www.mapi-trust.org](http://www.mapi-trust.org) • [www.mapigroup.com](http://www.mapigroup.com)  
[PROinformation@mapi-trust.org](mailto:PROinformation@mapi-trust.org)

Association de loi 1901 enregistrée à Carpentras • N° Siret 453 979 346 00013 • T.V.A. FR 44 453 979 346

## Anexo 6 - Certificado de apresentação pública

20 & 21 MARÇO 2015  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE VISEU  
INSTITUTO POLITÉCNICO VISEU

# REFRESH MED 15

## JORNADAS MÉDICAS DÃO-LAFÕES

# CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Sr(a). Dr(a).

**Mafalda Baptista, Faculdade Ciências da  
Saúde - UBI**

apresentou a Comunicação Oral, na temática Investigação "DOR LOMBAR CRÓNICA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS, cujos Co-Autores são Vítor Santos, Centro de Saúde da Covilhã e Dário Ferreira da Universidade da Beira Interior, no Refresh Med 15, Jornadas Médicas Dão Lafões que decorreu nos dias 20 a 21 de Março de 2015, na Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu.

  
Dra. Helena Sousa  
Presidente das Jornadas Médicas Dão Lafões

  
Prof. Dr. Hernâni Caniço  
Presidente da Direção A Saúde em Português

PATROCÍNIO CIENTÍFICO

ORGANIZAÇÃO

INTERNOS DO NÚCLEO DE INTERNATO  
COMPLEMENTAR DE MEDICINA  
GERAL E FAMILIAR DE VISEU

## Anexo 7 - Prémio “Catarina Bessa” de melhor comunicação oral - Investigação

